



Vozes silenciadas. A experiência de mulheres no luto gestacional e neonatal **Silenced voices. The experience of women in gestational and neonatal grief**

Luís Felipe Ribeiro Vieira^{id}, Camile Martins Studart^{id},
Marina Aparecida da Silva Lins Borges^{id} & Cynthia de Freitas Melo^{id}

Universidade de Fortaleza, Brasil

O presente estudo objetivou apreender a experiência de luto de mulheres que passaram pela perda gestacional ou neonatal, para poder oferecer subsídios de orientação para intervenções de cuidado e políticas públicas. Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória, que contou com a participação de 40 participantes, no Brasil, que responderam a um roteiro de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados por meio do software IRaMuTeQ (nuvem de palavras e classificação hierárquica descendente) e compreendidos por meio da análise de conteúdo. Os resultados foram organizados em quatro classes temáticas: 1) “Riscos, exames e a gravidez além do esperado”, apresentando as complicações na gestação e/ou parto de risco que culminaram na perda do bebê; 2) “Memórias do hospital: vida, luta e adeus”, sinalizando as experiências hospitalares e a importância do suporte de profissionais e rede de apoio; 3) “Do sonho à saudade”, expondo a dor da perda, a sensação de solidão e o papel da fé no enfrentamento; e 4) “Desafios da maternidade em luto”, refletindo sobre o processo e os suportes para lidar com a dor. Conclui-se que a experiência de luto pela perda de um bebê é singular e a quebra de silêncio, com melhor suporte profissional e colaboração de uma rede de apoio pode ajudar os enlutados.

Palavras-chave: luto gestacional, luto neonatal, maternidade, psicologia hospitalar

The present study aimed to understand the experience of mourning of women who went through gestational or neonatal loss, to be able to offer guidance subsidies for care interventions and public policies. A qualitative and exploratory research was carried out, with the participation of 40 participants, in Brazil, who responded to a script of semi-structured interviews. The data were analyzed using IRaMuTeQ software (word cloud and descending hierarchical classification) and understood through content analysis. The results were organized into four thematic classes: 1) “Risks, Exams and Pregnancy Beyond Expectation”, presenting the complications in pregnancy and/or risk delivery that culminated in the loss of the baby; 2) “Hospital Memories: Life, Struggle and Farewell”, signaling the hospital experiences and the importance of professional support and network; 3) “From Dream to Longing”, exposing the pain of loss, the feeling of loneliness and the role of faith in coping; and 4) “Challenges of Bereavement”, reflecting on the process and supports to deal with pain. It is concluded that the experience of mourning for the loss of a baby is unique and the breaking of silence, with better professional support and collaboration of a support network can help the bereaved.

Keywords: gestational grief, neonatal grief, motherhood, hospital psychology

Contato: C. de Freitas Melo. Universidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Av. Washington Soares, 1321 -Edson Queiroz-, Fortaleza, CE, 60811-905. Correio eletrônico: cf.melo@yahoo.com.br

Como citar: Vieira, L.F.R., Studart, C.M., Borges, M.A. da S.L., & Melo, C. de F. (2025). Vozes silenciadas. A experiência de mulheres no luto gestacional e neonatal. *Revista de Psicologia*, 34(1). <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2025.77870>

Introdução

Durante uma gestação planejada, as mulheres costumam começar a formar uma concepção única de maternidade e paternidade. Permeados por sonhos e expectativas, criam uma imagem idealizada de seu filho estabelecendo uma relação mãe-bebê já na fase pré-natal (Azambuja et al., 2023; Ditzel et al., 2024). O desejo que impera é de que tenham 40 semanas tranquilas, sob a máxima “que o bebê venha com saúde”.

Contrariando essas expectativas, diversas complicações podem ocorrer durante a gestação e no parto, como doenças hipertensivas, diabetes, eclampsia, malformações e outras emergências clínicas (Menegat et al., 2021), que podem acarretar perda fetal. Apesar de referir-se a eventos silenciados na cultura, e raramente abordados no pré-natal —cujo foco principal está na preparação para o nascimento e a vida— a perda gestacional e a morte neonatal ocorrem com mais frequência do que se imagina, interrompendo projetos de vida dos pais (Bueno et al., 2024).

A perda gestacional engloba os casos de abortamento (óbito fetal ocorrido entre a primeira e a 20^a/22^a semana de gestação ou com peso fetal inferior a 500g) e natimortos (óbito fetal ocorrido da 22^a semana em diante). Entre esses, o aborto é o mais comum no Brasil, que pode ocorrer em 70% das gestações, sendo 50% antes da falha menstrual e 10% a 15% no seu primeiro trimestre (Lee et al., 2023). As causas mais prevalentes variam entre fatores fetais, como anomalias cromossômicas, e fatores maternos, incluindo doenças autoimunes e sistêmicas. Nesses casos, após a morte do embrião, pode ocorrer a expulsão natural ou procedimentos médicos, como curetagem ou AMIU (Aspiração Manual Intrauterina) para remover o saco gestacional, processos que são fisicamente e psicologicamente dolorosos (Secretaria Estadual da Saúde [RS], 2024).

Mesmo quando uma gravidez chega ao termo, existe o risco de morte neonatal, definida como a morte do bebê nas primeiras quatro semanas de vida, ou seja, entre zero e 28 dias após o nascimento, com uma incidência de 11.2 óbitos/1.000 nascidos vivos no Brasil (Pinilla & Hermosillo, 2021), totalizando uma média de 32.838 casos ao ano no país (Prezotto et al., 2023). As causas incluem problemas relacionados ao parto e nascimento, prematuridade,

malformações congênitas, asfixia durante o parto, infecções perinatais, condições maternas e acesso a serviços de saúde de qualidade (Baptista & Potton, 2021). A morte pode ocorrer imediatamente após o parto ou após um período de internação do bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde os pais enfrentam desafios psicológicos intensos, como raiva, sensação de fracasso, dor e culpa, além do luto pelo bebê saudável que idealizaram (Kouri et al., 2023).

Mulheres cujo filho de até dois anos morreu são referidas no Brasil como “mães de anjo” (Soares et al., 2020). Essa experiência de perda pode iniciar-se ainda durante a gestação, antes mesmo da morte, quando enfrentam um diagnóstico ou quadro clínico preocupante, numa ambivalência entre a dor do luto antecipatório e a esperança de vida. No entanto, geralmente a realidade da perda só se concretiza com a morte da criança (Soares et al., 2020), rompendo seus sonhos e planos, contrariando a ordem natural da vida no ciclo familiar e podendo desencadear intenso sofrimento psíquico no luto (Bueno et al., 2024).

No Brasil, de acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Ministério da Saúde [MS], 2002), a mulher deve receber cuidado humanizado no pré-natal, intraparto e puerpério. Nesse percurso, em teoria, de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS, 2011), quando ocorre o óbito involuntário do bebê (o aborto induzido é considerado crime), as instituições devem adotar protocolos específicos de acolhimento, garantindo uma comunicação humanizada e suporte psicológico em local reservado, para preservar a privacidade e a dignidade dessas mulheres. Contudo, tais diretrizes ainda são incipientes e nem sempre são respeitadas na realidade operacional dos serviços e no acolhimento ao luto.

O luto é um processo psicossocial complexo e único. É desencadeado pela perda, ameaça ou rompimento de relações significativas, caracterizado por um período de dor e enfrentamento (Lee & Neimeyer, 2023). Esse processo é influenciado por fatores biopsicossociais, engloba diversas emoções e reações e, a depender do vínculo quebrado, é classificado como um dos acontecimentos mais estressantes da vida (Couto et al., 2021; Parkes, 2009).

A morte do embrião, feto ou bebê pode afetar os pais e mães em níveis afetivos, cognitivos e comportamentais, resultando em sofrimento psíquico e impactos em diversas áreas de suas vidas (Flach et al., 2022; Viegas, 2021). Pode desencadear negação, choque, baixa autoestima, desmotivação, medo e depressão (Lopes et al., 2021), embora também convoque resiliência e superação (Pedraza et al., 2024).

A experiência de luto neste contexto pode variar de acordo com a fase de desenvolvimento do bebê que foi interrompida. Na perda gestacional, a morte é geralmente reconhecida pela mulher durante o processo de expulsão; enquanto a morte neonatal, se torna real apenas ao segurar o bebê sem vida (Soares et al., 2020). Em ambos, mas especialmente naquelas em que o bebê não nasceu, os pais podem enfrentar o luto não reconhecido ou não autorizado, no qual a pessoa é impedida ou desencorajada a expressar sua dor, participar de rituais de despedida ou processar a perda de forma aberta (Parkes, 1998), pelo não reconhecimento social da existência desse filho, uma vez que ele morreu antes de ser apresentado à sociedade. Por isso, torna-se importante o investimento de rituais simbólicos de despedidas, que auxiliem a elaboração do luto de mulheres em perda gestacional.

Em contraposição à invisibilidade social, a morte de um filho é uma das perdas mais complexas e devastadoras (Mota et al., 2023), se configurando como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do luto complicado, tanto em mães (Galeotti et al., 2022) quanto em pais (Delgado et al., 2023; Obst et al., 2021).

Embora a maioria das pessoas apresente um luto normal, no qual o enlutado desenvolve estratégias para aceitar a perda, permitindo a criação de mecanismos internos para lidar com a ausência, mesmo sentindo saudade e tristeza, podem ocorrer quadros patológicos (Bonanno et al., 2002). O luto complicado é mais intenso e prolongado. Nele há dificuldades em processar e se adaptar à perda, resultando em uma desestruturação profunda que afeta a autonomia e a rotina diária, com sintomas graves e persistentes. Manifestações comuns incluem reações emocionais intensas, isolamento social, comportamentos autodestrutivos, mudanças significativas na vida pessoal e depressão (Villacieros et al., 2021). Este tipo de luto pode

manifestar-se de várias formas, como luto crônico, inibido, traumático, suspenso ou não autorizado (Prigerson et al., 2008).

O processo do luto gestacional e neonatal pode relacionar-se ainda a impactos emocionais, psicológicos e psicossociais (Testoni et al., 2022) e pode resultar em problemas psicológicos de curto e longo prazo (Galeotti et al., 2022), como ansiedade (Flach et al., 2022), depressão (Flach et al., 2022) e luto prolongado (Flach et al., 2022; Cacciatore et al. 2021).

No processo de luto gestacional e neonatal, os pais podem recorrer a várias estratégias de enfrentamento, que incluem ações desenvolvidas para superar o sofrimento e a dor, como apoio social, interação com equipes interdisciplinares e com outros “pais de anjos”, espiritualidade/religiosidade, espaços de escuta e acolhimento e realização de rituais fúnebres. A oferta de espaços onde possam expressar sentimentos e desafios é crucial (Kuipers et al., 2024). Tais estratégias variam de pessoa, de acordo com gênero, idade, vínculo com o bebê e experiência de vida, e são essenciais, especialmente quando a perda é difícil de ser processada.

Esses são temas que sempre foram silenciados na cultura ocidental. Contudo, os estudos sobre luto e a abertura social para o tema intensificaram-se após a pandemia de COVID-19 (Brito, 2021), em função do excesso de mortes e privação de rituais fúnebres de despedida, que desencadearam problemas relacionados ao luto, incluindo angústia de separação, TEPT e luto complicado (Lee & Neimeyer, 2023; Morais et al., 2025).

Diante do tabu em discutir a morte, especialmente a de bebês, e a carência de intervenções psicológicas voltadas para os enlutados, estudos focados nesta área têm sido bem recebidos no meio acadêmico e na sociedade, principalmente em âmbito brasileiro, contexto em que as pesquisas sobre esse tema ainda são escassas. Reconhecendo a complexidade e singularidade do luto de mulheres que perderam seus bebês durante a gestação ou no período neonatal, emerge a necessidade de investigações sobre suas experiências narrativas. Essas evidências empíricas podem auxiliar na estruturação de estratégias de prevenção e tratamento de pessoas com risco de desenvolver o luto prolongado ou outros problemas de saúde mental (Delgado et al., 2023; Mergl et al., 2022).

Para responder a essa demanda, o presente estudo objetivou apreender a experiência de luto de mulheres que passaram pela perda gestacional ou neonatal, para poder oferecer subsídios de orientação para intervenções de cuidado e políticas públicas. Contempla-se neste estudo apenas as mulheres, autoras primárias do processo de perda. Têm-se como pressuposto que eles sofrem desde os diagnósticos de morbidade gestacional, em meio ao ambíguo binômio esperança e luto antecipatório, e se utilizam de diferentes estratégias de enfrentamento para lidar com a perda de um filho.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, empírico e do tipo exploratório e descritivo. Tal escolha permite compreender aspectos subjetivos, buscando se aprofundar sobre os significados de um determinado fenômeno, entendendo a experiência e as relações humanas (Minayo, 2001).

Participantes

O presente estudo foi realizado no Brasil, contando com participantes de diferentes regiões do país. Contou-se com a participação de 40 mulheres que perderam um filho no período gestacional ou neonatal. Compreendendo a especificidade do tema, foi utilizado o critério de saturação, em que o pesquisador observa o momento que os discursos não apresentam conteúdo substancialmente novo e encerra a coleta de dados (Minayo, 2001).

Como critério de inclusão, foram considerados: a) ser mulher; b) ter acima de 18 anos; c) ter passado por um processo de perda de filho durante a gestação (perda gestacional) ou até 28 dias após o nascimento (perda neonatal); e d) a perda do filho ter ocorrido há no máximo quatro anos. Como critério de exclusão, considerou-se: a) estar com alguma dificuldade que a impossibilite de participar; e b) não estar disponível para entrevista. Todas as participantes eram mulheres, com idades entre 21 e 42 anos, sendo 22 delas com perda gestacional, 17 com perda neonatal e 1 com ambas as experiências. Entre elas, 33 passaram pela experiência de perda do filho uma única vez, 4 passaram duas vezes e 3 passaram três vezes. Dessas, 3 perderam gêmeos (2 na gestação e 1 após o parto). No que se

refere ao estado civil, 32 são casadas, 5 são solteiras, 2 viúvas e 1 divorciada.

Instrumentos

Utilizou-se um questionário sociodemográfico, para descrição dos participantes; e um roteiro de entrevistas semiestruturado, cujo formato apresenta perguntas pré-elaboradas, mas que, devido à complexidade da temática, permite a elaboração de outras perguntas que visem compreender mais algum aspecto do discurso. O roteiro abordou os seguintes eixos temáticos: 1) Aspectos da gestação e parto; 2) Notícias sobre a perda; 3) Luto; e 4) Estratégias de enfrentamento.

Procedimentos éticos e de coleta de dados

Considerando-se os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos e os termos do Ofício Circular 2/2021 CONEP/SECNS/MS sobre pesquisas com alguma etapa em ambiente virtual, o presente projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer CAAE. 26379319.8.0000.5052. Após aprovação, a coleta de dados foi realizada entre fevereiro de 2023 e junho de 2024. Inicialmente, foram convidados indivíduos previamente conhecidos dos pesquisadores. Esses primeiros entrevistados da pesquisa fizeram indicações de outras pessoas que se encaixavam nos critérios de inclusão da pesquisa e assim sucessivamente, até compor a amostra, por meio da técnica da bola de neve, em sem inserção da pesquisa em qualquer instituição. As entrevistas foram encerradas e o número de participantes definidos a partir do critério de saturação (Minayo, 2001), ou seja, quando o entrevistador percebeu que o objetivo da pesquisa tinha sido alcançado e os conteúdos começaram a parecer similares sem acrescentar mais dados à pesquisa.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, presencial ou por videoconferência, em horário e local escolhido pelo participante, de acordo com sua conveniência, com o auxílio de gravador, com duração média de 60 minutos. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedeceram aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, pautados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Classificação Hierárquica Descendente

O conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes, divididas em duas ramificações (A e B). A ramificação A é composta pela Classe 1, “Riscos, exames e a gravidez além do esperado”, que trata das complicações na gravidez, exames médicos, diagnósticos de alto risco e as emoções envolvidas nesses processos (786 ST; 14.42%), e pela Classe 2, “Memórias do hospital: vida, luta e adeus”, que aborda as idas ao hospital, o momento do parto e interações com profissionais de saúde,

destacando as experiências hospitalares (1.138 ST; 20.88%).

Já a ramificação B é composta pela Classe 3, “Do sonho à saudade”, com recortes abordam as expectativas da maternidade e as dificuldades e reflexões sobre a perda (1.788 ST; 32.81%), e pela Classe 4, “Desafios da maternidade em luto”, que discute os desafios e o enfrentamento desse luto pelas mulheres, incluindo o isolamento, o impacto na maternidade e a busca por ajuda e os aprendizados (1.738 ST; 31.89%) (ver Figura 2 e Tabela 1).

Figura 2

Dendrograma das classes formadas a partir da Classificação Hierárquica Descendente



Tabela 1

Apresentação das classes temáticas e subcategorias

Classes	Subcategorias
Classe 1: Riscos, exames e a gravidez além do esperado	1.1 Descoberta e acompanhamento da gravidez
	1.2 Gravidez de risco e complicações detectadas
Classe 2: Memórias do hospital: vida, luta e adeus	2.1 Rotina hospitalar e o papel da equipe de saúde no parto
	2.2 A importância do apoio familiar
Classe 3: Do sonho à saudade	3.1 Sentindo a dor da perda
	3.2 A presença da fé no luto
	3.3 A solidariedade da mulher enlutada
Classe 4: Desafios da maternidade em luto	4.1 O processo de luto: emoções e ciclos
	4.2 Suporte psicológico e acolhimento no luto
	4.3 Relações interpessoais durante o luto

Nota: A Tabela 1 ilustra as classes emergidas a partir da CHD no IRaMuTeQ e subcategorias criadas a partir da análise de conteúdo.

Classe 1: “Riscos, exames e a gravidez além do esperado”

A Classe 1 compreende 14.42% ($f = 786$ ST) do *corpus* analisado. Formada por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 3.95$ (“cedo”) e $\chi^2 = 406.4$ (“exame”). Essa classe tem palavras como “exame” ($\chi^2 = 406.4$); “ultrassom” ($\chi^2 = 304.4$); “normal” ($\chi^2 = 160.82$); “gravidez” ($\chi^2 = 144.45$); “menstruação” ($\chi^2 = 139.28$); “risco” ($\chi^2 = 138.33$); “formação” ($\chi^2 = 116.54$); “descobrir” ($\chi^2 = 115.56$); “pré-natal” ($\chi^2 = 82.19$); “desenvolver” ($\chi^2 = 75.09$). Ela divide-se em duas subcategorias: 1.1 Descoberta e acompanhamento da gravidez, e 1.2 Gravidez de risco e complicações detectadas (ver Tabela 1).

Descoberta e acompanhamento da gravidez

A descoberta da gestação foi emocionalmente desafiadora para as participantes, por ser um momento de manejo dos sonhos e expectativas (Lopes et al., 2021), mas também de impactos, com modificações na autoimagem, personalidade, práticas de autocuidado e na redefinição de papéis (De Alcântara et al., 2022). Isso é especialmente verdadeiro para mulheres que vivenciam gravidezes de risco, com ameaça à saúde da mulher e/ou do feto, pois o período de gestação exige uma atenção e cuidado diferenciados, que podem se prolongar após o parto, conforme a experiência individual de cada mulher (Catsaros et al., 2024).

Fiz o teste de farmácia e depois o exame de sangue. Fiquei chocada de novo, mas feliz, com medo, muito medo, mas feliz. (Participante 5)

Eu fiz tanto exame na minha gravidez, que você não tem noção, para ver cada detalhezinho dele. (Participante 1)

Gravidez de risco e complicações detectadas

O fator de risco prevalente nas entrevistas foi a idade materna avançada de gestantes com mais de 35 anos. Nesses casos há uma maior propensão a complicações na gravidez, como diabetes gestacional e hipertensão. Por isso, é fundamental que essas gestantes recebam um acompanhamento cuidadoso e especializado, para reduzir os riscos e garantir um suporte adequado ao longo do período gestacional (Ditzel et al., 2024).

Além dos fatores de risco, diferentes complicações enfrentadas foram mencionadas. A literatura aponta que essas situações aumentam significativamente os níveis de ansiedade e depressão nas gestantes, pois esses quadros contrariam o desejo comum das mulheres, que é a de viver uma gestação tranquila, com o nascimento de um filho saudável (Azambuja et al., 2023; Ditzel et al., 2024).

Eu fiquei tendo um acompanhamento de alto risco por conta da idade, não por conta do feto. (Participante 28)

Com cinco meses de gestação eu descobri uma má formação do bebê. Foi a parte mais difícil de toda a gravidez. (Participante 20)

Esse ultrassom mostrou que ele realmente tinha um problema na válvula. A partir daí nós começamos a ter uma quantidade de consultas e exames bem intensa. Foi um período bem complicado. (Participante 16)

Também emergiu a importância do cuidado na comunicação de más notícias. Profissionais despreparados ou insensíveis podem agravar o sofrimento das gestantes, como ilustrado pela participante 13: “Não gostei do médico. Não foi legal. Foi muito rápido. Eu saí do exame com aquela coisa no coração”. Nesses casos, além da notícia sobre o risco/complicação, é necessário oferecer apoio emocional e educacional para a gestante e sua família, incluindo informações sobre cuidados pessoais, alimentação equilibrada, atividade física e preparação para o parto são fundamentais. Adotar uma abordagem que coloque a gestante no centro, valorizando sua autonomia e participação ativa nas decisões sobre sua saúde e a do bebê, é crucial para promover uma experiência de gravidez segura e satisfatória (Ditzel et al., 2024; Donegan et al., 2023; Lopes et al., 2021).

Classe 2: “Memórias do hospital: vida, luta e adeus”

Compreende 20.88% ($f = 1.138$ ST) do *corpus* analisado. Formada por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 4.03$ (“visita”) e $\chi^2 = 255.73$ (“hora”). Essa classe é composta por palavras

como “hora” ($\chi^2 = 255.73$); “hospital” ($\chi^2 = 253.35$); “parto” ($\chi^2 = 244.57$); “médico” ($\chi^2 = 195.78$); “curetagem” ($\chi^2 = 118.61$); “UTI” ($\chi^2 = 92.48$); “contração” ($\chi^2 = 92.45$); “procedimento” ($\chi^2 = 83.95$); “nascer” ($\chi^2 = 65.72$); “sangrar” ($\chi^2 = 61.64$). Ela divide-se em duas subcategorias: 2.1 Rotina hospitalar e o papel da equipe de saúde no parto, e 2.2 A importância do apoio familiar (ver Tabela 1).

Rotina hospitalar e o papel da equipe de saúde no parto

No momento do parto, as entrevistadas tiveram experiências mistas com os profissionais de saúde. Houve experiências positivas, como a da Participante 28, que relatou: “Ao chegar na unidade, ele, como chefe de equipe, ele simplesmente abriu os braços para me abraçar”. Em contrapartida, houve experiências negativas:

Foi muito cruel esse enfermeiro. (Participante 39)

Ela foi muito seca. Ela só olhou para mim e disse: “O coraçãozinho do bebê está parado. O feto não está mais vivo”. Só isso. (Participante 34)

Assim como na comunicação sobre risco e complicações durante a gestação, no momento do parto é vital que haja uma comunicação clara, honesta e com amorosidade, o que pode contribuir para a preparação emocional dos pais. O apoio contínuo ajuda a mitigar o sentimento de impotência e o medo da possível perda. Em contraste, a falta de empatia e o uso de terminologia inadequada pelos profissionais de saúde podem intensificar o sofrimento (Donegan et al., 2023; Lopes et al., 2021).

Tanto durante o parto quanto após a morte do bebê, os relatos evidenciam que as rotinas hospitalares, muitas vezes marcadas por burocracias e protocolos rígidos, podem desumanizar a experiência do parto e comprometer a vivência do luto em casos de perda gestacional ou neonatal. A exigência de cumprir com formalidades, tornam-se dolorosas, adicionando um fardo à experiência já delicada. Esses processos expõem as mulheres a um tratamento pouco acolhedor, onde o foco na eficiência administrativa parece sobrepor-se à atenção ao estado emocional e psicológico da mulher (Donegan et al., 2023).

Tinha que ir no cartório, tinha que voltar no hospital, porque o hospital esqueceu de preencher um negócio lá. Nesse negócio a gente chegou já 1h30, 2 horas no cemitério. (Participante 3)

O hospital não tinha permitido nenhuma acompanhante entrar, porque meu esposo não estava comigo, porque ele tinha ido em casa buscar a minha mãe e, quando chegou lá, a médica não autorizou. (Participante 18)

Teve que esperar o médico trocar de plantão para me dar alta (...). Nisso eu passei dois dias completos no hospital. (Participante 39)

A importância do apoio familiar

Durante a hospitalização da gestante, seja para o parto ou para o tratamento de complicações da gravidez, as entrevistadas ressaltaram o papel fundamental dos familiares, especialmente das mulheres e dos seus maridos. Isso vai ao encontro da literatura sobre o tema, pois ela aponta que o suporte social, especialmente da família, é um fator promotor de qualidade de vida durante a gestação e maternidade e um ajustamento conjugal ruim é um fator de risco para depressão durante e após a gestação (Azambuja et al., 2023; Lopes et al., 2021).

Minha mãe também ficava comigo no hospital durante o parto. Ficou no quarto e todo dia ficava comigo lá. (Participante 8)

Meu marido ele que ficou o tempo todo lá dentro comigo até o bebê nascer. (Participante 4)

Classe 3: “Do sonho à saudade”

Já a Classe 3 possui 32.81% ($f = 1.788$ ST) do *corpus* analisado. Composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 3.9$ (“pronto”) e $\chi^2 = 185.42$ (“querer”). A classe tem palavras como “querer” ($\chi^2 = 185.42$); “Deus” ($\chi^2 = 175.02$); “filho” ($\chi^2 = 155.88$); “pensar” ($\chi^2 = 110.33$); “feliz” ($\chi^2 = 92.91$); “chorar” ($\chi^2 = 74.04$); “triste” ($\chi^2 = 53.16$); “mundo” ($\chi^2 = 42.19$); “céu” ($\chi^2 = 38.71$); “resposta” ($\chi^2 = 25.99$). Ela divide-se em três subcategorias: 3.1 Sentindo a dor da perda, 3.2 A presença da fé no luto e 3.3 A solidão da mulher enlutada (ver Tabela 1).

Sentindo a dor da perda

O momento de descoberta da morte de seu filho causa um profundo impacto, que pode gerar negação, choque, baixa autoestima e tristeza profunda, afetando o bem-estar emocional, cognitivo e comportamental da mulher (Lopes et al., 2021). Nos relatos coletados, isso fica especialmente marcado nas mulheres que sofreram perda neonatal, porque, além da quebra dos sonhos e expectativas, a experiência tangível de segurar e despedir-se de um filho em seus braços, e retornar para casa, com um quarto de bebê vazio, tornou mais concreta a perda do filho e o ninho vazio (Donegan et al., 2023; Lopes et al., 2021).

O pior foi quando eu cheguei em casa, porque eu me lembrei que eu saí grávida e voltei sem meu neném. Foi muito ruim. (Participante 30)

Ademais, a perda de um filho abala profundamente a identidade da mulher, especialmente em uma sociedade que associa a maternidade à realização feminina. Apesar dos avanços do movimento feminista, que ampliam os papéis da mulher e seu ideal de produtividade e sucesso, para muitas mulheres, o colo vazio representa não só a ausência do bebê, mas também a perda de uma parte de sua feminilidade, gerando intenso sentimento de culpa por não corresponderem ao ideal romântico de maternidade. Somado a isso, a pressão da sociedade contemporânea ocidental, que rejeita a morte, tida como um fracasso, e não como um processo natural do ciclo de vida (Almeida et al., 2022; Melo et al., 2024; Ramos et al., 2024), leva muitas mulheres a sentirem que decepcionaram a si mesmas e aos outros, ampliando o sofrimento emocional e tornando o luto mais desafiador (Mørk et al., 2023; Lopes et al., 2021).

Eu fiquei me sentindo culpada, porque no início eu não queria, aí fiquei me sentindo culpada. (Participante 34)

Deve ser difícil conviver comigo depois de tudo que aconteceu. É difícil para mim e eu tento a todo momento ficar bem. Sinto que meu filho perdeu não só os irmãos, mas uma parte da mãe também. (Participante 11)

Apesar da dor da perda, algumas entrevistadas tiveram outro filho ou desejam tentar outra gestação. Esse desejo pode ser influenciado profundamente pela forma como a equipe de saúde lida com a situação e oferece suporte. Novamente, a comunicação clara sobre as causas e riscos, incluindo resultados de autópsias e orientações sobre as chances de uma nova perda, ajuda a reduzir o medo e a ansiedade que se intensificam em mulheres que já passaram por perdas anteriores (Donegan et al., 2023). Para essas mulheres, o apoio emocional por parte dos profissionais de saúde é essencial, pois várias perdas acumulam uma dor ainda mais profunda e uma descrença no processo gestacional, afetando a confiança em uma gravidez futura (Donegan et al., 2023; Mergl et al., 2022).

Tenho dois filhos no céu e um vivo, porque todos são meus filhos. Eu sei que queriam vir para mim. (Participante 35)

Porque eu sabia que eu podia ter outro filho. Eu perdi esse (...), mas eu ainda posso ter outro filho. (Participante 25)

A Presença da fé no luto

Essa classe também apresenta como a religião e a espiritualidade podem ser ferramentas potentes na travessia do luto, possibilitando aos pais uma maior possibilidade de superação. Em algumas religiões, a crença em um ser superior e a passagem após a morte fornece aos enlutados condições de uma maior compreensão e elaboração da perda. Nesses casos, é possível, aos pais que perdem seus filhos, criarem maiores condições de dar significados a essas ocorrências. Por outro lado, os pais podem sofrer crises na fé, com a presença de sentimentos de solidão e negação, sentindo-se desprotegidos e injustiçados (Reis et al., 2021).

Prefiro aceitar e acreditar que o meu filho veio e se foi com o mesmo propósito que Deus quis para mim, para ele e para todo mundo que sofreu e sofre comigo até hoje. (Participante 15)

Nos momentos de revolta eu perguntava: “Por que Deus fez isso comigo?” Eu queria tanto. Tem tanta mãe que não quer e tem. (Participante 23)

A solidão da mulher enlutada

As participantes relataram que, diante das complicações na gravidez e no luto neonatal ou gestacional, muitas mulheres sentem uma profunda solidão, acreditando que apenas outras que passaram por isso poderiam compreendê-las. Esse sentimento de isolamento é amplificado pela falta de habilidade das pessoas ao seu redor para acolher e confortá-las de forma adequada, com comentários que, embora bem-intencionados, acabam sendo inapropriados e até dolorosos. Frases como “vai dar certo” ou “é porque Deus não quis” geram pressão para que sigam adiante rapidamente, desconsiderando a intensidade do luto (Donegan et al., 2023; Lopes et al., 2021).

Eu não queria que ninguém viesse falar comigo dizer: “Eu sinto muito; vai dar certo; é porque Deus não quis; devia ter algum problema”. (Participante 31)

Você pode estar com mil pessoas do seu lado, mas é uma solidão terrível. (Participante 1)

Essa falta de habilidade para lidar com o luto da mulher é agravada na morte perinatal, pois a sociedade a minimiza ou a invisibiliza, comparando-a com a morte de uma criança mais velha, desautorizando o sofrimento das mães. Através dos relatos, evidencia-se que essa visão desencoraja as mulheres a buscarem ajuda, temendo o julgamento ou a estigmatização de seu luto, o que só aprofunda o sentimento de abandono e a dificuldade em expressar a dor que vivenciam (Donegan et al., 2023; Mergl et al., 2022; Lopes et al., 2021).

As pessoas não têm noção. Teve até pessoas ficaram chateadas comigo porque eu não contei [sobre a gestação e o luto]. (Participante 39)

Classe 4: “Desafios da maternidade em luto”

Por fim, a Classe 4 possui 31.89% ($f = 1.738$ ST) do *corpus* analisado e é formada por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 3.87$ (“emocionalmente”) e $\chi^2 = 233.55$ (“luto”). Essa classe é composta por palavras como “luto” ($\chi^2 = 233.55$); “processo” ($\chi^2 = 128.03$); “perda” ($\chi^2 = 122.27$); “difícil” ($\chi^2 = 121.21$); “viver” ($\chi^2 = 95.24$); “lidar” ($\chi^2 = 82.66$); “ajuda” ($\chi^2 = 79.63$); “psicóloga” ($\chi^2 = 75.47$); “terapia” ($\chi^2 = 71.05$); “aprender” (χ^2

$= 53.97$). Ela divide-se em três subcategorias: 4.1 O processo de luto: emoções e ciclos, 4.2 Suporte psicológico e acolhimento no luto e 4.3 Relações interpessoais durante o luto (ver Tabela 1).

O processo de luto: emoções e ciclos

Evidencia-se que o luto é uma resposta à quebra do vínculo afetivo entre o enlutado e a pessoa perdida, ocasionando transformações no âmbito familiar, social, entre outros. E essa é uma experiência única, singular e multideterminada para o enlutado (Lee & Neimeyer, 2023). Partindo das reações da perda, as participantes indicaram que suas experiências estão relacionadas ao Modelo do Processo Dual do Luto. Isso implica, portanto, que o luto é um processo constante e que oscila entre as variáveis estressoras da perda, como a dor e a solidão após um evento traumático, e variáveis de enfrentamento, como a adaptação à uma vida sem a pessoa perdida e busca por significados.

Quando a gente acha que está conseguindo navegar o processo do luto, vem aquela onda que não te afoga. (Participante 20)

Isso nunca vai passar. Eu vou sempre sentir essa dor, esse vazio, essa falta que meu filho faz. (Participante 4)

Suporte psicológico e acolhimento no luto

Entre as estratégias de enfrentamento para lidar com a perda está o acompanhamento psicológico, que visa auxiliar as mulheres enlutadas no seu processo de luto, desenvolvendo maneiras de conviver com aquela dor. O suporte oferecido por meio da psicóloga e a construção de um espaço de fala livre de julgamentos possibilita às mulheres maiores recursos de enfrentamento diante da perda (Muza et al., 2013).

Eu tive um processo muito difícil e a terapia me ajudou a olhar no espelho e perceber que ainda existe uma mulher aqui. (Participante 13)

Eu acho que o fim é menos doloroso, se você puder ter uma ajuda psicológica. (Participante 6)

O que faz com que eu consiga lidar, de certa forma, é falar sobre ela e me permitir ficar triste e viver o luto. (Participante 17)

Relações interpessoais durante o luto

No luto gestacional ou neonatal, é comum que a mulher enlutada se sinta só, acreditando que apenas quem viveu essa experiência pode realmente compreendê-la. Evidências apontam que o suporte social funciona como um fator protetivo que alivia o sofrimento e promove bem-estar através da troca de acolhimento e recursos entre as pessoas (Caciatore et al., 2021).

Grupos de mães enlutadas mostram-se particularmente potentes, as participantes que se engajaram nisso descrevem o valor de serem ouvidas e acolhidas, mesmo sem a presença de profissionais, pois compartilham vivências únicas e fortalecem o senso de pertencimento (Lopes et al., 2021). Isso é reforçado pela Participante 5, que diz:

Esse contato com o grupo é importante. Mesmo que no grupo não tenha psicólogos e psiquiatras, apoio de amigos você tem. Você sempre vai ser ouvido e acolhido. Eu acho muito importante compartilhar histórias com pessoas que tiveram experiências parecidas. (Participante 5)

Análise fatorial por correspondência

Buscou-se ainda realizar comparações das evocações (considerando a frequência de incidência de palavras e seus índices hipergeométricos/ χ^2) das participantes entre dois grupos: mulheres que sofreram perda gestacional e as que sofreram perda neonatal.

As evocações das participantes que perderam seu bebê durante a gestação (e.g., dor, sangue, ultrassom, aborto, curetagem, mulher, gravidez, feto, perder) expressam significados profundamente marcados por aspectos clínicos e fisiológicos do aborto, como a dor, o sangramento vaginal e/ou a falta de batimentos cardíacos nos exames de imagem. Nesse período muitas vezes a morte do bebê, e o luto, são invisibilizados socialmente, e a perda é reduzida a um evento médico, com escassa validação simbólica e afetiva.

A palavra “mulher” também sinaliza que a perda do bebê durante a gestação ainda é um processo de protagonismo feminino solitário, sendo o homem, parceiro da mulher, ainda secundarizado. Essa representação pode desvelar um mito social que exclui o papel do pai durante a gestação (Piccinini et al., 2004).

Já as evocações das mulheres que perderam seu bebê após o parto (e.g., diagnóstico, UTI, falecer, caixão, enterro, velório, cemitério, marido, foto, “nome do bebê”) revelam uma construção mais social e ritualizada do luto. Essas palavras refletem a trajetória da perda do bebê, desde o diagnóstico, passando pela internação, até o seu óbito. Também retratam os rituais fúnebres de despedida, importantes por auxiliarem na elaboração da perda e do luto (Almeida et al., 2022; Melo et al., 2024; Moraes et al., 2025; Ramos et al., 2024). A citação desses apenas neste grupo sugere que, embora esses rituais devessem ser investidos em qualquer perda, ainda são muito restritos aos casos de perda neonatal, nos quais costuma haver um corpo a ser velado.

A presença da palavra “marido”, em contraposição à palavra “mulher”, mencionada pelo outro grupo, indica uma inclusão mais significativa do parceiro na vivência da perda neonatal. Isso sugere uma hierarquização simbólica da perda, em que a existência visível e registrada do bebê após o nascimento legitima o luto e permite maior participação da família, e revela um mito de que o tornar-se pai, e conseqüentemente, o sofrer pelo seu filho, só ocorre após o parto. Por fim, a presença de elementos como o nome do bebê e as fotos sinalizam a construção de memórias e identidade do bebê perdido, o que favorece o processo de elaboração do luto, mas também revela a carência de práticas semelhantes em casos de perda gestacional, onde essas ações ainda são tímidas.

Conclusão

O presente estudo objetivou apreender a experiência de luto de mulheres que passaram pela perda gestacional ou neonatal, para poder oferecer subsídios de orientação para intervenções de cuidado e políticas públicas. Os resultados foram organizados em quatro classes principais, cada uma destacando diferentes aspectos desse processo.

Na primeira classe, foram relatadas as descobertas da gravidez e suas complicações e risco, bem como o acompanhamento no pré-natal, com a realização de exames e monitoramento constante. As participantes demonstraram que, embora o desejo de um processo natural e tranquilo exista, as complicações e o risco elevado muitas vezes

transformam a gestação em uma experiência repleta de incertezas e ansiedade.

A segunda classe destacou as memórias hospitalares e as interações com a equipe de saúde, que variaram entre momentos de acolhimento e episódios de insensibilidade. Esses relatos ilustram a importância de uma comunicação cuidadosa e empática pelos profissionais de saúde para reduzir o sofrimento das mulheres em um momento tão vulnerável. Em muitos casos, a burocracia hospitalar intensificou a dor e o sentimento de desumanização, especialmente em casos de perda gestacional, amenizado pelo apoio familiar.

A terceira classe evidenciou a intensidade do luto materno. Para muitas mulheres, a perda de um filho representa não apenas a ausência física do bebê, mas também um desafio à própria identidade feminina, exacerbado por pressões sociais que idealizam a maternidade. Além disso, a presença da fé surgiu como um fator que, para algumas, oferece consolo, enquanto, para outras, acentua o sentimento de desamparo e injustiça.

A quarta classe destacou os desafios emocionais do processo de luto, apontando o suporte psicológico e a criação de redes de apoio entre mães enlutadas como elementos essenciais para a construção de uma nova rotina. Esses espaços oferecem acolhimento e trocas que contribuem significativamente para o enfrentamento e ressignificação do luto.

Por fim, como destaque do estudo, constatou-se diferenças nas evocações das mulheres com diferentes tipos de perda. Os dados sinalizam o protagonismo das mulheres, e o papel secundário dos homens, durante a perda gestacional. Em contrapartida, na perda neonatal parece haver um maior reconhecimento social do homem como sujeito que também perde um filho; e há também menção aos símbolos de concretização do bebê (nome, fotos) e aos rituais fúnebres de despedida (ex., velório, enterro).

Os achados deste estudo reforçam que o processo de perda gestacional é singular e profundamente marcado por fatores emocionais, sociais e culturais. A partir disso, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam práticas mais humanizadas que valorizem o bem-estar emocional das mulheres e de suas famílias. Como limitação, destaca-se o perfil das participantes, composto majoritariamente por mulheres que vivenciaram

acompanhamento especializado e particular, o que pode não refletir a realidade de populações menos assistidas. Pesquisas futuras que ampliem essa amostra para homens e considerem variáveis socioeconômicas serão valiosas para o aprofundamento do tema.

Espera-se que os dados apresentados possam auxiliar a formulação de políticas públicas e práticas de acolhimento, visando não apenas a saúde física, mas o suporte psicológico durante e após o ciclo gestacional, especialmente em contextos de risco e luto. O objetivo é proporcionar uma assistência que considere o bem-estar integral das gestantes e possibilite uma experiência de cuidado mais compassiva e inclusiva.

Referências

- Almeida, H.R.A., Melo, C.F., Araujo, D.F., Ferreira, K.P.M., Saldanha, A.A.W., & Teofilo, M.B. (2022). Dignidade de vida e morte: terminalidade de pacientes com câncer em ortotanásia. *Psicologia em Estudo (online)*, 27, 1-20. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.48002>
- Azambuja, C.V., Renner, A.M., Bonatti, A., & Artechte, A.X. (2023). Prevalence and Psychosocial Risk Factors associated with mental disorders during pregnancy. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 40, e220061. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e220061>
- Baptista, G.C., & Poton, W.L. (2021). Evolução da mortalidade neonatal por causas evitáveis no Espírito Santo ao longo de dez anos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(1), 55-64. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100003>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., & Nesse, R.M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.5.1150>
- Brito, M. (2021). Estado da arte da Intervenção Psicológica do Luto no século XXI. Em S.G. Maduro, M. Paulino e T.M. Baptista (eds.),

- Luto: Manual de Intervenção psicológica* (pp. 3-19). Editora Pactor.
- Bueno, M.T.M., Muñoz, C., Rodríguez, S., & Sola, A. (2024). End-of-life care in neonatal intensive care units in Iberoamerica: A look from the nursing perspective. *Anales de Pediatría, 100*(2), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2024.01.001>
- Cacciatore, J., Thieleman, K., Fretts, R., & Jackson, L.B. (2021). What is good grief support? Exploring the actors and actions in social support after traumatic grief. *PLoS One, 16*(5), e0252324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252324>
- Catsaros, S., Cacho, I., & Wendland, J. (2024). Midwives' perceptions of high-risk pregnancies and their role with vulnerable pregnant women. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 72*(8), 379-388. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2024.09.002>
- Couto, R.N., Fonsêca, P.N., Medeiros, E.D., & Silva, P.G.N. (2021). Personality, Values, and Character Strengths: Contributions to Positive Changes in Bereavement. *Trends in Psychology, 29*, 490-504. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00079-x>
- De Alcântara, P.R.T., Alves Dias, T., de Castro Morais, K., da Silva Santos, Y.C., Martins da Silva, J.W., Bastos Ferreira Tavares, N., Calixto Gomes, S., & de Sousa Morais, A.B. (2022). Maternidade romantizada: expectativas do papel social feminino pós-concepção. *Revista Enfermagem Atual In Derme, 96*(40), e-021313. <https://doi.org/10.31011/realid-2022-v.96-n.40-art.1508>
- Delgado, L., Cobo, J., Giménez, C., Fucho-Rius, G.F., Sammut, S., Martí, L., Lesmes, C., Puig, S., Obregón, N., Canet, Y., & Palao, D.J. (2023). Initial impact of perinatal loss on mothers and their partners. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(2), 1304. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021304>
- Ditzel, A.N., Júnior, E.P. de S., Breikreitz, V.S., Andrade, C.O., Valente, M.C., Lima, G.F., Andrade, B.C., Dias, Z.D., Brasil, B.S.C., Castro, N.S., Neto, A.C. de A., Santos, L. ferreira dos, Filho, A.C.D.S., & Sanches, J.D.G. (2024). Manejo da gravidez de risco e assistência ao pré-natal. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 6*(2), 2393-2408. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p2393-2408>
- Donegan, G., Noonan, M., Bradshaw, C. (2023). Parents experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review. *Midwifery, 121*, 0266-6138. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103673>
- Flach, K., Gressler, N.G., Marcolino, M.A.Z. et al. (2022). Complicated Grief After the Loss of a Baby: A Systematic Review About Risk and Protective Factors for Bereaved Women. *Trends in Psychol, 31*, 777-811. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00112-z>
- Galeotti, M., Mitchell, G., Tomlinson, M., & Aventin, A. (2022). Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth, 22*, 270. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04585-3>
- Kouri, S., Briana, D., Koutelekos, I., & Zartaloudi, A. (2023). Depression and loneliness among parents of premature infants admitted to Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *European Psychiatry, 66*(S1), S157. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.386>
- Kuipers, Y.J., Bleijenbergh, R., Rimaux, S., & Mestdagh, E. (2024). Evaluation of a web-based intervention to optimize perinatal emotional wellbeing: A nested case-control study. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 24*(1), 100422. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100422>
- Lee, L., Ma, L., Davies, S., & Kammers, M. (2023). Toward optimal emotional care during the experience of miscarriage: an integrative review of the perspectives of women, partners, and health care providers. *Journal of Midwifery & Women's Health, 68*(1), 1-154. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13414>
- Lee, S.A., & Neimeyer, R. A. (2023) Grief Impairment Scale: A biopsychosocial measure of grief-related functional impairment, *Death Studies, 47*(5), 519-530. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2113605>
- Lopes, B.G., Carletto, M.R., Ivastcheschen, T., & de Oliveira Borges, P.K. (2021). Maternal feelings in face of perinatal death / Sentimentos maternos frente ao óbito perinatal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online,*

- 13, 1493-1498. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10213>
- Melo, C.F., & Sena, J.G.M. (2021). A experiência de morte e luto durante a pandemia de COVID-19. Em C. de F. Melo, F.W. de Sousa Barbosa Junior & J.C. de Oliveira Martins (orgs.), *Ensaio da pandemia: o isolamento social entre caos e recriação* (pp. 293-308). Appris.
- Melo, C.F., Cunha, D.V., Costa, I.M., Arruda, G.H.B., Araújo, D.F., & Araújo Neto, J.L. (2024). The suffering is expensive: comparison of therapeutic costs between palliative care and dysthanasia patient. *Psicooncologia*, 21(1), 91-99. <https://doi.org/10.5209/psic.94814>
- Menegat, D., Dahdah, D.F., Bombarda, T.B., & Joaquim, R.H.V.T. (2021). Processo de construção da identidade ocupacional materna interrompida pelo luto. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2134. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE2134>
- Mergl, R., Quaat, S.M., Edeler, L.M., & Allgaier, A.K. (2022). Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: a systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2108578. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2108578>
- Minayo, M.C.S. (org.). (2001) *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade* (18 ed.). Vozes.
- Ministério da Saúde (MS). (2002). *Programa de humanização no pré-natal e nascimento* (2ª ed., Série A. Normas e Manuais Técnicos). <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
- Ministério da Saúde (MS). (2011). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes* (2ª ed., Série C. Projetos, Programas e Relatórios). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
- Mørk, S., Hvidtjørn, D., Möller, S., Henriksen, T.B., O'Connor, M., & Bonanno, G.A. (2023). Grief trajectories after loss in pregnancy and during the neonatal period. *Journal of Psychiatric Research*, 168, 293-299. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.052>
- Morais, J.C.C., Lopes, K.S.T., Arruda, G.H.B., Silva, P.G.N., & Melo, C.F. (2025). “E aquele adeus não pude dar...?”: experiências de luto dos brasileiros na Covid-19. *Revista Psicologia e Saúde*, 16, 1-15. <https://doi.org/10.20435/pssa.v16i1.2528>
- Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J., Gómez, M.E. (2023). Paternal experiences of perinatal loss—a Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4886. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064886>
- Muza, J.C., Sousa, E.N., Arrais, A.R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: teoria e prática*, 15(3), 34-48. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&tlng=pt
- Obst, K.L., Oxlad, M., Due, C., & Middleton, P. (2021). Factors contributing to men’s grief following pregnancy loss and neonatal death: further development of an emerging model in an Australian sample. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03514-6>
- Parkes, C.M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. Summus.
- Parkes, C.M. (2009). *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações*. Summus.
- Pedraza, E.C., Vokinger, A.K., Cleves, D., Michel, G., Wrigley, J., Baker, J. N., Garcia-Quintero, X., & McNeil, M.J. (2024). Grief and Bereavement Support for Parents in Low- or Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* (Elsevier), 67(5), e453-e471. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.01.023>
- Piccinini, C.A., Silva, M.R., Gonçalves, T.R., Lopes, R.S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia Reflexão & Crítica*, 17(3). <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000300003>
- Pinilla, R., & Hermsillo, R. (2021). Perinatal grief characteristics. *European Psychiatry*, 64(1), S603. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1609>
- Prezotto, K.H., Bortolato-Major, C., Moreira, R.C., Oliveira, R.R. de, Melo, E.C., Silva, F.R.T. da, Abreu, I.S., & Fernandes, C.A.M. (2023). Mortalidade neonatal precoce e tar-

- dia: causas evitáveis e tendências nas regiões brasileiras. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, eAPE02322. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02322>
- Prigerson, H., Vanderwerker, L., & Maciejewski, P. (2008). Prolonged grief disorder: a case for inclusion in DSM. Em M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (eds.), *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention* (pp. 165-186). American Psychological Association Press.
- Ramos, C.M.O., Vieira, L.F.R., Melo, C.F., Ferreira, K.P.M., & Ruiz, E.M. (2024). Death as a companion: experiences of health professionals with bereavement. *Trends in Psychology*, 1, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s43076-024-00426-8>
- Reis, C.G., Quintana, A.M., & Nardino, F. (2021). Religiosidade e Espiritualidade no Processo de Luto de Pais cujos Filhos Morreram Crianças. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 21(1), 136-155. <https://doi.org/10.12957/epp.2021.59375>
- Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (RS). (2024). *Guia do Pré-natal e Puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS)*. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde.
- Soares, L.G., Kuchla, E., Mazza, V. A., Soares, L.G., Ferraz, M.I.R., & Mattei, S.P. (2020). Mothers of angels: (re)living the death of the child as a coping strategy. *Escola Anna Nery*. *Revista de Enfermagem*, 24(1). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0030>
- Souza, M.A.R. de, Wall, M.L., Thuler, A.C. de M.C., Lowen, I.M.V., & Peres, A.M. (2018). O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas ou qualitativo-quantitativas. *Cenários Educacionais*, 4, e11759. <https://revistas.uneb.br/index.php/cenaseducacionais/article/view/11759>
- Testoni, I., Ronconi, L., Iacona, E., Trainini, A., Tralli, N., Nodari, L., Limongelli, G., & Cena, L. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on perinatal loss among Italian couples: a mixed-method study. *Frontier in Psychology*, 13, 929350. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.929350>
- Viegas, A. (2021). Especificidades do luto na perda do/a companheiro/a: Intervenção psicoterapêutica integrativo-relacional. Em S.G. Maduro, M. Paulino & T.M. Baptista (eds.), *Luto: Manual de Intervenção psicológica* (pp. 219-239). Editora Pactor.
- Villacieros, M., Sánchez, P., Bermejo, J.C., Magaña, M., & Rodil, V. (2021). Validation of a brief version of the Inventory of Life Factors Interfering Grief and Complicated Grief (ILFIGv2). *Anales de Psicología*, 37(1), 28-34. <https://doi.org/10.6018/analesps.414641>

Data de recebimento: 24 de fevereiro de 2025

Data de aceitação: 19 de maio de 2025