

Artigo original



Luto materno perinatal: quando um sonho vira saudade

Perinatal maternal grief: when a dream becomes a memory

Duelo materno perinatal: cuando un sueño se convierte en añoranza

Gabriela Purkot Dumitru¹

Alessandra Camargo²

Gabriella Fagundes Cardoso³

Ana Suy Sesarino Kuss⁴

¹Autora para correspondência. Universidade de São Paulo (São Paulo). São Paulo, Brasil. gabrielapurkot@gmail.com

²UniBrasil Centro Universitário (Curitiba). Paraná, Brasil. alessandracamargo98@gmail.com

³Faculdades Pequeno Príncipe (Curitiba). Paraná, Brasil. gabriella.fagundes@gmail.com

⁴Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Curitiba). Paraná, Brasil. anasesarino@gmail.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: A mortalidade perinatal se refere ao óbito de um filho entre a 22ª semana de gestação e o 7º dia de vida ou quando o feto já possui ao menos 500g. Estes dados se referem a cerca de 15,5% dos nascimentos totais, o que leva a mortalidade perinatal a ser considerada uma questão de saúde pública. Evidencia-se a importância do respeito e cuidado com quem passa por esse evento, tanto por parte dos profissionais como da família e da sociedade no processo de luto. Nota-se a carência de material bibliográfico sobre o assunto. **OBJETIVOS:** Compreender as vivências maternas sobre a experiência do luto de seus bebês. Observar o suporte familiar e da equipe de saúde oferecido às mães enlutadas e entender o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. **MÉTODO:** Estudo qualitativo realizado com nove mulheres que passaram pela perda de um bebê no período perinatal. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e os relatos foram tabulados e organizados utilizando o Discurso do Sujeito Coletivo. **RESULTADOS:** As mulheres participantes dessa pesquisa relataram reações emocionais experienciadas no processo de luto e formas com as quais puderam retomar seus cotidianos, o que pode ser relacionado com o Modelo do Processo Dual de Luto. É relevante destacar que houve relatos de percepção de ausência de apoio por parte da equipe de saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi valorizada na fala das entrevistadas a importância de viver o processo do luto, a ambivalência frente uma gravidez subsequente e a importância de recursos de enfrentamento.

PALAVRAS-CHAVE: Maternidade. Mortalidade Perinatal. Morte. Luto. Luto Materno.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Perinatal mortality refers to the death of a child between the 22nd week of pregnancy and the 7th day of life, or when the fetus already weighs at least about 1.1 lb. These data refer to approximately 15.5% of total births, making perinatal mortality a public health issue. The importance of respect and care for those who go through this event is evident from professionals, family, and society during the grieving process. There is a lack of bibliographic material on the subject. **OBJECTIVES:** Understand maternal experiences regarding their babies' grief experience. Observe the family and health team support offered to bereaved mothers and understand the development of coping strategies. **METHOD:** A qualitative study was conducted with nine women who experienced the loss of a baby in the perinatal period. Semi-structured interviews were carried out, and the reports were tabulated and organized using the Collective Subject Discourse. **RESULTS:** The women participating in this research reported emotional reactions experienced during the grieving process and ways in which they were able to resume their daily lives, which can be related to the Dual Grief Process Model. It is important to highlight that there were reports of a perceived lack of support from the healthcare team. **FINAL CONSIDERATIONS:** In the interviewees' speeches, the importance of experiencing the grieving process, the ambivalence towards a subsequent pregnancy, and the importance of coping resources were emphasized.

KEYWORDS: Maternity. Perinatal Mortality. Death. Bereavement. Maternal Mourning.



RESUMEN | INTRODUCCIÓN: La mortalidad perinatal se refiere al fallecimiento de un hijo entre la semana 22 de gestación y el séptimo día de vida, o cuando el feto pesa al menos 500g. Este fenómeno representa aproximadamente el 15,5% del total de nacimientos, lo que se convierte en un problema de salud pública. Se destaca la importancia del respeto y cuidado hacia quienes atraviesan este evento, tanto por parte de los profesionales, como de la familia y la sociedad durante el proceso de duelo. Hay una notable carencia de material bibliográfico sobre el tema. **OBJETIVOS:** Comprender las vivencias maternas durante el duelo por la pérdida de sus bebés. Observar el apoyo familiar y del equipo de salud ofrecido a las madres en duelo y entender el desarrollo de estrategias de afrontamiento. **MÉTODO:** Estudio cualitativo con nueve mujeres que pasaron por la pérdida de un bebé en el período perinatal. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y los relatos se tabularon y organizaron utilizando el Discurso del Sujeto Colectivo. **RESULTADOS:** Las mujeres participantes relataron reacciones emocionales durante el duelo y las formas en que retomaron sus rutinas, lo cual puede relacionarse con el Modelo del Proceso Dual de Duelo. Es relevante señalar que hubo percepciones de falta de apoyo por parte del equipo de salud. **CONSIDERACIONES FINALES:** Las entrevistadas valoraron la importancia de vivir el proceso de duelo, la ambivalencia frente a un embarazo subsecuente y la importancia de recursos de afrontamiento.

PALABRAS CLAVE: Maternidad. Mortalidad Perinatal. Muerte. Duelo. Duelo Materno.

Introdução

A mortalidade perinatal diz respeito ao óbito que ocorre a partir da 22ª semana de gestação até o 7º dia de vida do bebê e/ou quando o feto já possui ao menos 500g; ou seja, inclui a mortalidade fetal (22ª semana de gravidez até o nascimento) e a neonatal precoce (entre zero e sete dias de vida) (Ministério da Saúde, 2009). Nos resultados levantados por Nobrega et al. (2022), em 2018, houve registros de 27.009 óbitos fetais e 18.866 óbitos neonatais precoces no Brasil, totalizando 45.875 óbitos perinatais, atingindo uma taxa de mortalidade de 15,5% dos nascimentos totais deste ano.

Para os autores, isto se configura como uma questão de saúde pública que pode ser evitável e que ecoa nas condições e na qualidade da assistência e serviços prestados, principalmente em países de baixa e média renda, para as mulheres durante e após o período gestacional.

De acordo com Hill et al. (2017), em sua maioria, as mortes perinatais ocorrem de maneiras inesperadas, uma vez que contraria o que se é previsto do curso esperado da vida, podendo assim, desencadear diversas reações emocionais negativas e angústias por um longo período para a família. Isto se dá pelo fato de que a partir do momento da descoberta da gravidez e durante todo o período da gestação, expectativas sobre esse bebê são construídas (Amaral et al., 2020).

Deste modo, segundo Nazaré et al. (2010) como citado em Lemos e Cunha (2015, p. 1125), essa perda pode desencadear reações classificadas em quatro categorias:

“1) manifestações emocionais – como sentimentos de tristeza, solidão, culpa, raiva, irritabilidade, vazio, ansiedade, choque, desespero, desamparo, desilusão, desesperança, inadequação e fracasso; 2) manifestações cognitivas – ligados a pensamentos de baixa autoestima e confusão; além de dificuldades de concentração, falta de memória e dificuldade no raciocínio, que traduzem a preocupação com o bebê e constituem os sintomas mais referidos; 3) manifestações comportamentais – que refletem em agitação, fadiga, choro, isolamento e a tendência para procurar ou, opostamente, evitar estímulos associados ao bebê; e 4) manifestações fisiológicas – como aperto no peito, nó na garganta, dificuldade em respirar, palpitações, tensão muscular, náuseas, dormência, falta de energia, insônia e pesadelos.”

Nesse sentido, o luto quando não recebe reconhecimento da sociedade ou da pessoa que sofreu a perda, ou espaço para que seja elaborado, é denominado de não reconhecido. Neste, o luto é inibido e são estabelecidas “normas” de quando, onde, como e quem poderia vivenciar esta reação emocional (Doka, 2008). Isso demonstra um fracasso social nas dimensões de empatia, ética e política no respeito ao indivíduo nestes contextos (Attig, 2004).

Iaconelli (2007) denomina luto perinatal as atribuições consequentes da elaboração do luto frente ao óbito fetal e/ou do recém-nascido. Em razão do luto muitas vezes não ser reconhecido, “a mãe busca reconhecimento do filho perdido, enquanto para as pessoas que a acompanham, fica difícil vislumbrar o que ela perdeu” (p. 618).

Sendo assim, pode ocasionar efeitos no psiquismo da mulher. Sentimentos como o de impotência, tristeza, angústia, decepção, desmotivação, frustração e culpa apresentam-se à perspectiva de tentar atribuir um porquê a essa perda, a fim de dar um sentido ao falecimento fetal. Contudo, pode-se evidenciar que essa mãe busca o motivo da perda de seu bebê a partir de uma possível falha dela durante a gestação, ou seja, a mulher pode acabar julgando-se culpada por haver originado um bebê que não sobreviveu (Amaral et al., 2020; Lemos & Cunha, 2015).

À vista disso, para Salgado e Polido (2018), existem situações passíveis de intensificar o sofrimento psíquico no luto perinatal, tais como: mães enlutadas que não têm a possibilidade de escolher ver seu bebê que foi a óbito; ter de permanecer em quartos com outras mães de bebês vivos após o parto; não poder realizar um ritual de despedida; vivenciar sentimento de abandono ou maus tratos por profissionais de assistência, à ausência de acolhimento adequado; e o não reconhecimento destas mulheres como mães.

Em geral, compreende-se que há a necessidade do reconhecimento da morte fetal e desta mulher enquanto mãe pela sociedade. Logo, é de suma importância a participação dos pais no processo de luto com o apoio dos profissionais da saúde, dos amigos e da família para que haja a elaboração dessa perda (Montigny et al., 2016).

Levando em consideração os aspectos mencionados, o objetivo do presente trabalho foi compreender as vivências maternas sobre a experiência do luto de seus bebês e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, além de observar como é o suporte familiar e da equipe de saúde oferecido às mães enlutadas, a partir de relatos de mulheres voluntárias.

Método

Trata-se de uma pesquisa com natureza qualitativa de abordagem exploratória, transversal, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS) (Lefevre & Lefevre, 2012).

As Representações Sociais (RSs) foram abordadas inicialmente por Durkheim como "representação coletiva". Para ele o social e o individual se interrelacionam. As RSs, então, são concepções psicossociológicas do cotidiano e produzem saberes populares e senso comum entre os sujeitos em seu meio social (Lefevre & Lefevre, 2014).

A pesquisa partiu do levantamento de dados de mulheres voluntárias que conheceram o estudo a partir da divulgação dele em redes sociais. Os critérios de inclusão foram: ser indivíduos do sexo feminino, maiores de idade, residentes no Brasil e que vivenciaram o óbito de seus respectivos filhos no período perinatal. Os critérios de exclusão foram: não vivenciar o óbito de seus respectivos filhos no período perinatal e ausência de resposta. O tamanho da amostra foi definido por ser considerado a dimensão adequada para uma população homogênea e com questões semelhantes (Rego et al., 2019). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, online, com 9 mulheres.

Para a caracterização sociodemográfica foram abordados os seguintes dados: idade, profissão, escolaridade, estado civil, quantidade de filhos (vivos e falecidos) e ano em que ocorreu (ocorreram) a(s) perda(s), os quais foram abordados na forma de sequência simples. A fim de abordar os objetivos, os questionamentos foram sobre: a descoberta da gravidez e seu desenvolvimento, a descoberta do óbito fetal e os sentimentos vivenciados, a experiência hospitalar, quais foram os rituais realizados, mudanças na relação com o outro genitor, a reação da rede de apoio, o reconhecimento como mãe, a pretensão de ter mais filhos e como viam a perda naquele momento. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e armazenadas em arquivo digital, sob guarda e responsabilidade após o término da pesquisa, em respeito ao inciso XI.2.f da Resolução 466/12 (2012).

Para a análise dos dados obtidos foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que compreende uma metodologia que visa apresentar os resultados sob a forma de um ou vários discursos-síntese, ou seja, foram identificados palavras ou trechos que se destacam nos discursos individuais, que expressam o consenso entre as participantes e os aspectos mais importantes dos discursos (Lefevre & Lefevre, 2014).

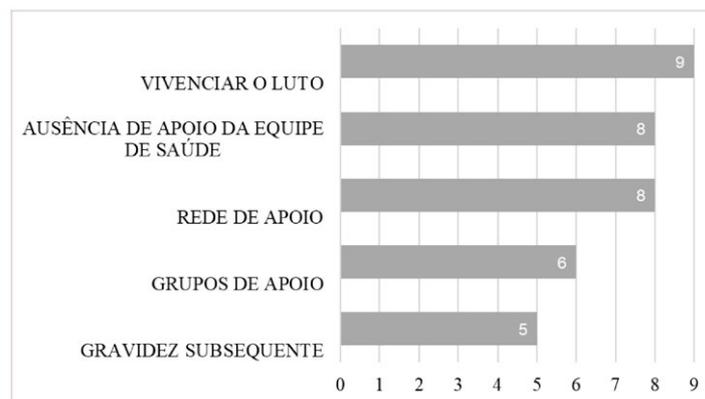
Como dispõe a Resolução 466/12, o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 58002822.6.0000.0020. A coleta de dados foi iniciada após as participantes aceitarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online e, em seguida, preencherem um breve texto reforçando que leram integralmente o referido documento.

Resultados

Os dados de caracterização referentes ao perfil sociodemográfico das nove (9) mulheres entrevistadas demonstraram que eram, em sua maioria, casadas (n=6), heterossexuais (n=9), idade média de 35 anos, com ensino superior completo (n=2) ou pós-graduação completa (n=2). Residentes nas cinco regiões do Brasil: sul (n=3), sudeste (n=2), centro-oeste (n=2), norte (n=1) e nordeste (n=1). A maior parte das gravidezes foram planejadas (n=5) e as mulheres eram primigestas (n=8). E as perdas ocorreram nos anos 1982 (n=1), 2017 (n=1), 2018 (n=2), 2020 (n=2) e 2021 (n=3).

Para a análise, foram elencadas as ideias centrais mais recorrentes no discurso individual das participantes: vivenciar o luto, gravidez subsequente, rede de apoio, grupos de apoio e ausência de apoio da equipe de saúde (Figura 1).

Figura 1. Incidência das ideias centrais em relação às entrevistadas



Fonte: as autoras (2024).

E, então, identificados palavras ou trechos que se destacavam para a estruturação do discurso-síntese (Quadro 1).

Quadro 1. Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo (continua)

| Ideia Central | Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) |
|--------------------------------------|---|
| Vivenciar o luto | <p>DSC 1 – Quando me dava tristeza, eu tentava fugir e fazer alguma coisa para me distrair, mas percebi que estava adiando e prolongando o sofrimento. Quando vem essa tristeza, você tem que sentir. Só aí eu vivi o luto como eu deveria viver. Eu reconheci que eu tinha direito a ficar triste, a querer viver o luto. Quando tinha que chorar, eu chorava. Quando tinha que sofrer, eu sofria. É tranquilo chorar e sofrer por conta do que aconteceu. Tem hora que vou sofrer, vai doer um pouquinho. Tem dias que você está bem e dias que está lá embaixo e isso é viver o luto. Não tem milagre para lidar com essa dor. A dor era minha, ninguém ia me tirar ela e eu teria que lidar com ela de alguma forma, isso era muito claro para mim. O luto é para sempre porque não tem como esquecer. Não adianta, pode até derramar lágrimas e chorar, mas não vai mudar e trazer de volta, não muda o que aconteceu, infelizmente. Nunca mais vai ser a mesma coisa, não tem como esquecer. Tem que se acostumar com isso porque a única opção é continuar a vida. Tem que seguir em frente. Se não seguir em frente não vai voltar. Não adianta ficar martelando naquilo. Tem que seguir e ir levando um dia de cada vez, viver conforme as coisas vão acontecendo. Na vida a gente tem as nossas perdas, todo mundo tem, todo mundo passa por alguma coisa, algumas mais difíceis. Você retoma a vida, mas sem esquecer, ninguém quer esquecer porque é um assunto que fica na nossa história e na nossa vida.</p> |
| Ausência de apoio da equipe de saúde | <p>DSC 2 – Quando eu cheguei, a maternidade estava vazia e não tinha ninguém na minha frente, mesmo assim esperei mais ou menos uma hora para ser atendida. O médico fez eu me sentir a gestante louca que queria atrapalhar o plantão do hospital. A equipe ficou completamente desorientada, não sabiam como lidar com a situação. Não tinha absolutamente nada que me identificasse, eu era uma paciente como outra qualquer. Eu acho muito curioso como eles são frios, indelicados e grosseiros, às vezes levam mais no básico e é só isso “Perdeu perdeu e pronto”. A enfermeira veio me informar, eu comecei a chorar e ela falou “Você é muito nova, pode ter outros” e eu, realmente, podia ter outros se quisesse, mas ele é insubstituível. A enfermeira, de certa maneira, colocou a culpa da morte do meu filho em mim. A enfermeira do plantão entrou no quarto e não sabia qual era meu caso, ela não leu no meu prontuário e é óbvio que a informação estava no meu prontuário. Ela não tinha lido o que tinha escrito no papel porque bastava ela ter lido lá e eu vi o quanto ela era despreparada para fazer aquilo ali. Uma pessoa que chegou ali na hora e não sabia o que tinha acontecido. Não tinha ninguém da minha confiança na equipe. Eles não me davam opção em nenhum momento, me senti um robô. Eu não controlava o que estava acontecendo, as pessoas mandavam eu fazer e eu fazia. Era alternativa que me deram naquele momento, ninguém me apresentou outra e fui seguindo as coisas no automático. A gente vê condutas de todo tipo, muitos dos profissionais que estão conduzindo te levam a tomar as decisões ou não, depende de eles mostrar se tem alternativas ou não. Foram muitas pessoas que passaram e eu passei por muitos plantões, tiveram médicos plantonistas que passaram pela minha internação lá e sequer foram no meu quarto me ver e conversar comigo, alguns nem estavam lá. Quando trocam o turno, você tem que começar a contar a história todo de novo, mesmo dentro do hospital. Por dia eu respondia umas 20 vezes que meu filho tinha morrido. É uma coisa tão simples você identificar uma gestante que passou por uma situação dessa. Quem trabalha na maternidade está preparada para lidar com vida, não vai para uma maternidade achando que alguém vai morrer, que a mãe vai morrer, que o filho vai morrer, vai achando que vai sair todo mundo vivo, que a mãe vai sair viva e que o filho vai sair vivo. E não sabem lidar com morte em nenhum lugar, não sabem lidar em nenhum momento. A maternidade em si foi pouco acolhedora. Eu pedi apoio psicológico no hospital e eles não forneceram. Foi uma situação horrível e altamente desumano. Não foi humanizado e não tive acolhimento. O tratamento ofertado foi cruel. Eu queria muito que esse luto fosse legitimado e que as mães fossem acolhidas de alguma forma, que tivesse um treinamento dos profissionais de saúde. São coisas que mostram o quão importante seria ter um protocolo para os profissionais lidarem com isso.</p> |

Quadro 1. Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo (conclusão)

| Ideia Central | Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) |
|----------------------|--|
| Rede de apoio | DSC 3 - Quando eu voltei para casa, todo mundo estava lá. Vieram visitar, ficaram ajudando e cuidando. Cada dia um queria vir e assim todos sofreram junto comigo. Eles respeitaram muito o meu espaço, mas nunca me deixaram sozinha. Eles não queriam que eu ficasse sozinha. Eles se preocupavam muito comigo. A gente conversou muito, falou muito. Foi muito companheirismo, uma cumplicidade bem forte. O apoio existiu, sempre foi muito bom em todos os sentidos. Estavam presentes mesmo na tristeza. Eles fizeram parte do meu processo de uma forma muito carinhosa. Eu acho que elaborei o luto relativamente rápido justamente pela minha rede de apoio. Eles são ótimos, tiveram muito cuidado comigo e faziam eu me sentir acolhida. O carinho de todo mundo me ajudou a seguir em frente. Sou muito agraciada porque eu tive muito apoio. |
| Grupos de apoio | DSC 4 - Eu passei por uma fase que procurava muito sobre e acabei encontrando e participando de grupos de apoio e acolhimento de mães de anjo. Eu achava que era a única mulher no mundo que tinha passado por essa situação. Entrar no grupo me ajudou a me sentir menos ET porque a sensação era de que eu era a única a estar vivendo aquilo, até encontrar outras mulheres no grupo que entendiam, que sofriam essa mesma dor que eu sofro e que passaram por situações parecidas. Aí fui percebendo que era mais comum do que eu imaginava. É gostoso conversar com quem já passou por isso e entende. A gente troca experiências que quem não passou tem uma ideia mais ou menos de como é a dor, mas não imagina o quão grande é. As pessoas não gostam de falar e eu faço questão de falar, de incluir nas conversas porque eu não quero que seja esquecido e no grupo eu posso falar. O grupo foi muito importante para mim, me ajudou muito, porque eu vi outras mulheres que passaram pela mesma coisa e não me senti mais sozinha. Com o grupo, parece que achei meu lugar porque a pessoa sabe exatamente como a gente se sente. Cada mãe que entra, a gente sofre junto, mas, também, ajuda a elaborar o nosso próprio sofrimento. |
| Gravidez subsequente | DSC 5 - Eu quis logo ter outro bebê para preencher aquele vazio, com meses a gente começou a tentar de novo. Eu queria engravidar o mais rápido possível, só não engravidei antes porque não podia. Se eu pudesse, eu já tinha saído da maternidade com outro bebê. E eu engravidei muito rápido, pouco tempo depois da passagem do meu bebê. Eu vivi o luto e a gestação ao mesmo tempo. Essa nova gestação ajudou no meu processo de cura porque tirou o foco só da dor e me deu esperança e muita alegria de novo. Me pergunto, hoje, se eu fiz certo e se eu faria de novo porque nem sei se eu estava preparada para isso. Mas foi um grande motivo para continuar, para acreditar de novo. |

Fonte: as autoras (2024).

Discussão dos resultados

É importante enfatizar que esta pesquisa relata o luto com uma série de casos, com um recorte transversal. Assim, não se trata de uma inferência causal do luto acerca da mortalidade perinatal, pois existe a limitação da amostra específica utilizada. Além disso, limita-se a relatar a perspectiva de um grupo de mães entrevistadas e os resultados podem não demonstrar como é para todas as mães diante deste tipo de perda.

Todavia, como o assunto foi analisado sob a perspectiva de quem o viveu, o estudo tem o potencial de chamar atenção de outros pesquisadores para o tema e, também, de quem cuida das mães e famílias nesse contexto. Ademais, traz o entendimento sobre as subjetividades envolvidas no luto perinatal, assinalando a possibilidade de melhores intervenções e modos de suporte.

Diante da perda de seus filhos, as mulheres, em sua maioria, verbalizaram sobre a necessidade de “vivenciar o luto”, no sentido de não adiar o sofrimento; não para esquecer o que aconteceu, mas sim com o objetivo de conseguir seguir em frente. Esse tipo de relato pode ser relacionado com o Modelo do Processo Dual de Luto, o qual foi proposto por [Stroebe](#) e [Schut](#) (1999), que argumentam que o processo de luto não segue uma trajetória linear e é difícil de avaliar em termos de eficácia, pois podem ocorrer recaídas e retrocessos, não havendo sequência de fases distintas e sendo a oscilação necessária para que o indivíduo faça ajustamentos com o tempo. O enlutado oscila sua orientação entre o polo da perda e o polo da restauração, o primeiro referente à ruminação do objeto perdido e o segundo às mudanças na vida, novas tarefas e papéis relacionais. Portanto, em momentos o enfrenta e em outros evita as tarefas supostamente necessárias do processo de luto, havendo alternância entre a negação e a aceitação da perda.

[Gesteira](#) et al. (2006) consideram o luto como uma reação normal e esperada ao se romper um vínculo, com a função de reconstruir recursos e proporcionar adaptação diante das mudanças ocorridas. Afirmam também que, para minimizar a dor psíquica, faz-se necessário falar, refletir, viver e elaborar a perda, e não a negar, o que é ressaltado pela maior parte das participantes. Pode-se observar isso através do relato de uma das entrevistadas: “As pessoas não gostam de falar e eu faço questão de falar, de incluir ele nas conversas porque eu não quero que ele seja esquecido”. É importante salientar que o luto é processado mediante a estrutura psíquica do enlutado, suas questões internas, histórico de vivências de perdas, as circunstâncias perante a perda, suas crenças e apoio que recebeu ([Gesteira](#) et al., 2006).

No seguinte relato é possível localizar manifestações emocionais que foram citadas anteriormente no texto, como vazio, tristeza e ansiedade ([Lemos](#) & [Cunha](#), 2015). [Worden](#) (2013) aponta, ainda, que o pragmatismo da mulher pode ser prejudicado, ou seja, dificuldade de retomar as atividades que realizava antes da perda, além de manifestação de angústia e sofrimento, isolamento social, sintomas depressivos, autoestima baixa e sensação de falta de sentido na vida: “[...] eu queria estar sozinha em alguns momentos e tinham pessoas, tipo meus pais e meu marido que não queriam que eu ficasse sozinha”, “[...] eu só queria que Deus me levasse, eu só queria ir, só queria estar junto do meu filho”, “[...] chegava à noite e eu orava para eu não acordar no outro dia, e quando eu acordava no outro dia eu reclamava com Deus, por que eu tinha acordado” e “Acho que ficou um vazio, uma falta, né? Eu tinha planos e projetos onde tudo ele fazia parte. Na verdade, era tudo sobre ele. Nos [...] meses eu estava só planejando pra quando ele chegasse. Então meio que ficou muito vazio. Eu sentia isso. E eu dizia ‘E agora? Qual o sentido da minha vida? Eu não estou trabalhando nem estudando. O que vou fazer?’”.

Apesar da necessidade de vivência do luto por parte das mães, existe a ocorrência da evitação do

sofrimento através da negação deste por parte da sociedade. A perda de um filho traz a sensação de impotência, também para as pessoas que possuem algum tipo de relação com a mãe que sofreu a perda ([Worden](#), 2013). Nesse contexto, é comum que pessoas se afastem ou repitam frases clichês, como pontuado nas entrevistas: “E aí eu comecei a chorar e ela falou assim comigo aqui, ‘você é muito nova, você pode ter outros’. E isso é... eu acho que assim, primeiro ela não sabe da minha situação, se eu posso realmente ter outro, se eu quero ter outro e ele é insubstituível, tipo assim, é um comentário que eu acho totalmente desnecessário”, “[...] uma coisa que me incomodou muito foi essa necessidade que a minha mãe teve de procurar um culpado [...] essa atitude da minha mãe de querer procurar um culpado, acho que ela me machucou muito na época, foi muito ruim”. Isso se dá pela ideia ocidental de que falar sobre a morte aumenta o sofrimento da pessoa enlutada ([Caputo](#), 2008). [Maranhão](#) (1983, pp. 18-19), explicita:

“Depois dos funerais, o luto propriamente dito. O dilaceramento da separação e a dor da saudade podem existir no coração da esposa, do filho, do neto; porém, segundo os novos costumes, eles não os deverão manifestá-los publicamente. As expressões sociais, como o desfile de pêsames, as “cartas de condolências” e o trajar luto, por exemplo, desaparecem da cultura urbana. Causa espécie anunciar seu próprio sofrimento, ou mesmo demonstrar estar sentindo-o. A sociedade exige do indivíduo enlutado um autocontrole de suas emoções, a fim de não perturbar as outras pessoas com coisas tão desagradáveis. O luto é mais e mais um assunto privado, tolerado apenas na intimidade, às escondidas [...]. O luto associa-se à ideia de doença. O prantear equivale às excreções de um vírus contagioso. O enlutado deve doravante ficar isolado, em quarentena.”

É exposto por outra mãe: “[...] acho que na maioria das vezes as pessoas acham que isso machuca. Lembrar, falar... Eu tento lembrar ao máximo o que eu posso falar dela, lembrar..., mas, não é assim para todas as pessoas, eu acho que... acho que eles acham que machuca né, apesar de nem sempre ser assim”.

Deste modo, aponta-se um indeferimento social do reconhecimento desta dor e da, tão comentada pelas participantes, necessidade de vivenciar as reações que abrangem o luto (Moreno & Bleicher, 2022). No mesmo seguimento, quando o luto não é validado socialmente ou reconhecido abertamente, é denominado de *"disenfranchised grief"*, traduzido ao português como Luto Não Reconhecido (Doka, 2008). Desse modo, o sofrimento psíquico dessas mães pode ser intensificado por conta da sensação ou confirmação de não haver uma maior rede de apoio. Estudos expõem uma falta de apoio oferecida pela sociedade, entretanto observa-se mudanças positivas nesta conjuntura nos últimos vinte anos (Moreno & Bleicher, 2022). Isso pode ser evidenciado no seguinte trecho: "[...] na época que eu estava lá, a moça que trabalhava como ascensorista no elevador também estava grávida. E ela saiu antes de eu perder meu filho, então, eu fiquei pensando 'Quando eu voltar ela não vai saber o que aconteceu comigo'. [...] quando eu voltei, uma vez eu fui pegar o elevador e era ela [...] a gente ficou no elevador com outras pessoas e foi saindo um, saindo outro, até que ficou só eu e ela. E quando ficou só eu e ela eu entrei em pânico, porque eu achava que ela ia me perguntar sobre o meu filho, e ela só olhou pra mim e aí falou assim 'sinto muito'. E aquilo pra mim foi muito importante".

Nesta sequência, muitas mulheres discorreram sobre perceberem-se com raiva, frustração, culpa ou impotência após a perda, sentimentos comuns nesse tipo de processo de luto. Como nesta narrativa: "[...] dizia respeito, assim, a minha capacidade de ter, sabe... de impotência, eu acho que o maior sentimento é esse, de impotência de que não pude fazer nada, não pude fazer... foram vários, na verdade, vários sentimentos. Raiva, impotência, revolta".

Além desta resposta, uma participante, ao ser questionada sobre o que sentiu após o médico lhe contar sobre a perda, disse: "Acho que a frustração, né. A sensação de que ninguém gesta para perder. Todo mundo gesta para ganhar".

À vista disso, autores associam estas reações à noção de incapacidade de levar a gravidez até o fim, levando

em conta que, historicamente e culturalmente, seria uma função natural da mulher gerar um bebê saudável e perfeito e, frente à mortalidade, acabam por ficar numa posição de culpa (Visintin, et al., 2020).

No que diz respeito à gestação, nos relatos das mães, em sua maioria, ouviu-se sobre o desejo de uma gravidez subsequente à perda, o que pode ser compreendido de duas formas: a primeira é de que essa nova gravidez poderia abarcar à diminuição do sentimento de insucesso materno e à elaboração frente ao óbito anterior; a outra diz respeito ao repertório de comportamentos defensivos, ou seja, é um mecanismo que atua de forma inconsciente frente ao processo de dor (Phipps, 1985). Desse modo, segundo Miranda (2011), a elaboração emocional do luto estaria impedida, uma vez que foi suprida por uma resposta concreta: um novo bebê.

Ainda, para a autora, cabe a descrição da "síndrome da criança de substituição", a qual entende-se como a expectativa dos pais para que o irmão lembrasse o irmão que veio a óbito ou atingisse as ambições que os genitores tinham para esse bebê idealizado. Isso pode ser evidenciado na fala de uma das entrevistadas: "[...] é o subconsciente da gente, tem hora que eu coloco... como que eu falo? Tem hora que eu coloco o G no N [...]" Apesar disso, é assinalado por elas a impossibilidade de substituir, literalmente, o filho que faleceu e/ou o sofrimento elencado a isso, como explicitado: "a gente sabe que não vou ter outro, eu vou ter mais um, porque não vai substituir. Igual hoje, eu tenho o N, mas ele não substituiu o G, ele não substituiu a dor da perda do G [...]".

Nesse cenário, ao se deparar ou planejar uma gravidez subsequente à perda de um filho, as mães podem acabar vivenciando angústia e insegurança, além de momentos em que sentiram medo e ansiedade, tendo em vista que a dor pela perda não é ausentada (Lopes et al., 2019). As mulheres que perpassam pelo ciclo grávido-puerperal necessitam de suporte, compreensão e cuidado diferenciado que reconhece o indivíduo durante a experiência de um processo gestacional (Miranda, 2011).

Não obstante, nos relatos observados foi possível verificar os impactos da gestação subsequente no processamento do luto perinatal, como neste: "(...) hoje eu me pergunto se eu fiz certo, se eu faria isso de novo, que é bem difícil gestar de novo com medo de perder. Nem sei se estava preparada para isso. Foi tudo tão rápido assim, e eu não esperava que engravidasse tão rápido. E aconteceu assim. Acho que ele foi um grande motivo para continuar, para acreditar de novo... que ele permitiu, né? É, é, eu senti um bebê se mexer dentro de mim. Ele permitiu o colo, permitiu as noites mal dormidas, permitiu a frustração em relação à maternidade de maneira geral e também permitiu a amamentação e várias outras coisas que eu tinha idealizado (...)".

Assim sendo, é possível observar sentimentos ambivalentes, como a orientação ao sentimento de esperança em contraste do sofrimento da perda e, a possibilidade de vivenciar expectativas relacionadas à maternidade. Para [Teodózio et al. \(2022, p. 16\)](#), "o bebê que nasce subsequentemente pode vir a ser um reparador dessa perda, assumindo, assim, prioritariamente características à luz da idealização". Ademais, traz a possibilidade de abertura para o estabelecimento de um novo vínculo, apesar do medo de outra ocorrência de perda, uma falta de confiança de que a gravidez possa ser bem-sucedida.

Referente à empatia e suporte às mães enlutadas, seja logo após a perda ou mais para a frente, a rede de apoio mostrou possuir papel fundamental na elaboração do processo de luto, tanto nos casos em que ela é composta por família, cônjuge, amigos, religiosos quanto quando contempla até mesmo profissionais de saúde. O reconhecimento do que está se passando e validação do sofrimento, além da preocupação e fornecimento de apoio por parte desta rede, ajuda a mãe a preservar seu equilíbrio emocional diante de momentos em que se sinta desamparada ([Lemos & Cunha, 2015](#)). A rede de apoio disponível pode oportunizar que a pessoa enlutada se sinta segura e acolhida para o enfrentamento da situação, tendo em vista que este recurso faz com que eventos estressores sejam interpretados como menos ameaçadores ([Sluzki, 1997](#)). Segundo [Carvalho e Meyer \(2007\)](#), é perceptível a diferença do estado emocional de pais que possuem uma rede de apoio adequada e dos que possuem esta rede fragilizada.

Percebe-se a relevância da rede de apoio em falas das participantes do estudo, dentre as quais: "Eu falo que assim, eu sou muito abençoada pela família e amigos que eu tenho, porque eu tive muito apoio, sabe? A família me apoiou demais, os amigos também. Até o hospital, mesmo com a pandemia, eles deixaram minha família subir para me ver. Ficaram todos preocupados, todos vieram aqui para casa, ficaram aqui comigo, os amigos também, cada dia um queria vir aqui e assim todos sofreram junto comigo [...]" e "[...] tive um suporte muito bom em todos os lados, até antes, quanto depois, né? [...] Isso eu tive bastante, sempre fui muito amada, tanto de um lado quanto de outro, a gente sempre teve muito carinho, sempre foi muito família, então acho que isso também faz bastante diferença [...]".

Em contrapartida, algumas participantes relataram sobre como se sentiram quando não receberam o apoio esperado. Neste trecho é compartilhado sobre a ausência de suporte de seu companheiro na época: "Eu me sentia meio que desamparada nesse sentido, até porque eu não tinha o apoio do meu cônjuge, ele não queria falar. E eu queria, queria que a gente falasse sobre, queria que a gente entendesse juntos o que tinha acontecido e como a gente ia prosseguir. Eu sentia muita frustração por conta do relacionamento mesmo, porque mesmo com a falta eu tentava ocupar com ele, falava 'vamos conversar sobre isso, o que vamos fazer a partir de agora?' Porque eu estava tentando suprir a falta do [...], eu estava caçando alguma coisa [...]". De tal maneira, as possibilidades de estratégias de adaptação da pessoa enlutada são dificultadas por esta ausência de rede de apoio ([Cardoso et al., 2020](#)).

No que diz respeito ao suporte, [Iaconelli \(2007\)](#) descreve que uma das maneiras mais eficazes para ressignificar o luto é a partir da realização de grupos de apoio, levando em consideração que abrem a possibilidade de falar, escutar e se identificar com a experiência com outras pessoas que já vivenciaram o mesmo, propiciando entendimento mútuo sobre o que ocorreu. Segundo [Cescon \(2019\)](#), os grupos de apoio, sejam virtuais ou presenciais, dão espaço para que as mães possam partilhar e ouvir histórias e sentimentos, recebendo e oferecendo acolhimento, o que proporciona sentimento de pertencimento, além de solidariedade e confiança. Os grupos de apoio são enfatizados como um notório recurso de

enfrentamento no discurso de grande parte das mulheres entrevistadas, como nesta declaração: “É ótimo! Quando acontece com a gente, a gente acha que está sozinha, que ninguém passa por isso, que não acontece com outras pessoas. Então assim, quando a gente entra num grupo desses e vê esse tanto de pessoas passando as mesmas coisas...assim, tem pessoas lá que aconteceu do mesmo jeito e estão passando pelo mesmo sentimento, então a gente não se sente sozinha.”.

Nessa discussão, a partir das entrevistas, outro ponto que se destaca é o apoio insuficiente e/ou inadequado prestado pelos profissionais de saúde frente ao amparo necessário e indispensável às mulheres que sofrem o luto perinatal. Foi indicado em estudos que o óbito fetal é experienciado como um fracasso da medicina por enfermeiros e médicos. Assim, diante da frustração, tem-se a ideia de que estes profissionais podem passar a sensação de estarem agindo insensivelmente com quem vivenciou a perda, o que se deve às suas próprias dificuldades em lidar com este contexto (Moreno & Bleicher, 2022). A temática da morte se faz imprescindível durante toda a formação dos que prestam atividades laborais à saúde, levando em conta que a morte envolve superação das próprias inseguranças e crenças, com a finalidade de conseguir cuidar integralmente do outro (Lopes et al., 2019).

Em adição de ser um momento doloroso e delicado por conta da perda do filho, encontrando-se fragilizada fisicamente e emocionalmente, no ambiente hospitalar esta mãe pode experimentar intensificação de seu sofrimento ao se deparar com circunstâncias, como ao encontrar-se rodeada de gestantes e/ou mães que estão com bebês nascidos-vivos (Nazaré et al., 2010). Uma das participantes refere em seu relato: “[...] eu percebi que a equipe estava completamente desorientada, [...] porque ela não sabia como lidar com a situação. [...] não tinha absolutamente nada que me identificasse, eu era uma paciente como outra qualquer, não tinha nada que me identificasse que ali eu iria passar uma cesárea por causa de um óbito [...] eu fiquei na ala da maternidade normal junto com todas as outras pessoas, [...] enfim, era uma maternidade como uma maternidade normal. O hospital que eu fiquei era um hospital geral e maternidade, então hoje eu vejo que eu poderia ter ficado num outro local dentro do hospital, mas fiquei lá”.

Laguna et al. (2021) afirmam que as pessoas enlutadas nesta conjuntura podem recordar-se de manifestações verbais e não verbais, como comentários e atitudes inadequadas feitas pela equipe, as quais podem gerar uma significação mais negativa do óbito, havendo maior potencial traumático. A comunicação respeitosa e compreensiva, além do envolvimento emocional com os enlutados, procura um ambiente acolhedor e psicoprofilático, tornando-se um recurso de enfrentamento diante do evento. As autoras apontam que é função do psicólogo da saúde contribuir com os outros profissionais de saúde no âmbito de sensibilizar e educar sobre o manejo do luto para que haja melhor comunicação.

Em 2017, a World Health Organization, United Nations Population Fund e a United Nations Children's Fund (UNICEF) (2017) divulgaram a segunda edição com diretrizes de conduta para parteiras e médicos que se deparam e trabalham com casos de complicações no período gestacional e no parto, nos quais, também, existe a possibilidade de falecimento desses bebês. Nelas, é assinalada a necessidade da equipe inteirar-se da história de vida da mulher gestante para conhecer o significado deste filho à ela e instruções para quando se defrontam com a morte do bebê, como: validar o sofrimento dos enlutados, o qual é esperado para o contexto; não utilizar da sedação durante ou após o óbito do filho se não for desejo da mulher; possibilitar que os pais olhem a equipe num momento de reanimação, a fim de transmitir os esforços prestados; encorajar a ver e segurar o bebê, além de deixá-los cientes sobre uma aparência inesperada do mesmo se for o caso; respeitar o tempo que queiram estar em contato com o filho; incentivá-los a chamá-lo pelo nome; facilitar a possibilidade de manter lembranças físicas (como mecha de cabelo e fotos) e explicar sobre a viabilidade de rituais de despedida.

Neste seguimento, a revisão sistemática de literatura de Gold et al. (2007) evidenciou que a maior parte dos pais valorizou quando lhes foram oferecidas, pelos profissionais de saúde, as opções de rituais de despedida, possibilidade de obterem lembranças físicas, como fotos, e de segurarem seus filhos após o óbito, passando tempo com o bebê. Concomitantemente, quando os profissionais não concediam estas possibilidades, os pais sentiam como se os bebês estivessem sendo retirados deles mais uma vez.

Nesta sequência, foi verificada a escassez de protocolos e/ou diretrizes no Brasil que sinalizem a forma de tratamento e ações que devem ser realizadas perante o óbito fetal (Salgado et al., 2021). De acordo com Santos et al. (2012), faz-se necessário que os profissionais da saúde possuam um protocolo humanizado, que inclua um suporte emocional adequado, que auxilie o enfrentamento das mães nesse contexto, além de estar ciente e agir a par de que a situação vivenciada terá uma reação singular em cada mulher. É preciso que toda a equipe de saúde esteja vigilante e sensível ao sofrimento, pois essa mãe pode mostrar-se constrangida, isolada e entristecida (Lemos & Cunha, 2015). Foram realizados e fornecidos aos profissionais de países como Nova Zelândia, Reino Unido, Canadá e Austrália, protocolos, recomendações e diretrizes para que estes obtenham conduta adequada nestas situações (Salgado et al., 2021). No contexto nacional, Salgado e Polido (2018) publicaram o livro Como lidar: luto perinatal, ajustando e adequando diretrizes canadenses para a realidade brasileira, buscando melhorar a assistência obstétrica e neonatal no cenário da perda.

Considerações finais

Durante o desenvolvimento dessa pesquisa, foi possível abordar e compreender a importância do acolhimento e dos cuidados dispensados à mulher que passa pelo luto materno no período perinatal. A partir dos relatos maternos, é possível afirmar que a perda de um filho no período perinatal tem impacto emocional significativo para a mulheres desse estudo, o que possivelmente se relaciona com o fato de se voluntariarem a participar da pesquisa. Independentemente do momento da perda, as participantes demonstraram tristeza, raiva, frustração e pesar diante da perda, mas, também, a percepção de que é importante viver o luto e orientar-se à restauração deste sem esquecer o filho.

Foi observado, em alguns relatos, que a gravidez subsequente carrega sentimentos ambivalentes, como esperança e medo. Os dados obtidos com essa pesquisa também reforçam o papel fundamental da rede de apoio e dos grupos de apoio como forma de acolhimento, validação dos sentimentos e suporte social para essas mulheres.

A ausência de assistência da equipe de saúde é um ponto interessante encontrado no estudo, uma vez que demonstra, em relatos, dificuldades no preparo e na sensibilização de profissionais que atuam na assistência direta às mulheres que vivenciam perdas dessa natureza. Além disso, reafirma-se a necessidade de um protocolo hospitalar humanizado, treinamento e capacitação da equipe.

Deste modo, é importante que se discuta constantemente o tema luto materno perinatal para que se desenvolvam possibilidades de intervenção com os pais, com as famílias e com a equipe de saúde nesse momento tão crítico de suas vidas.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

- Amaral, L. V. A., Cunha, L. C., Fabre, F. P., Arioli, M. A., & Amorim, C. A. (2020). Cuidados paliativos com a família de pacientes neonatos: um estado da arte. In A. Unha, G. Esgalhado, I. Leal, S. Monteiro, & H. Pereira. (Orgs.). *Actas do 13º Congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 323-331). ISPA. <https://www.sp-ps.pt/site/livros/149>
- Attig, T. (2004). Disenfranchised grief revisited: discounting hope and love [Luto privado de direitos revisitado: desconsiderando a esperança e o amor]. *Omega: Journal of Death & Dying*, 49(3). <https://doi.org/10.2190/P4TT-J3BF-KFDR-5JB1>
- Caputo, R. F. (2008). O Homem e suas Representações sobre a Morte e o Morrer: um percurso histórico. *Revista Multidisciplinar da UNESP*, 6, 73-80. <https://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20180403124306.pdf>
- Cardoso, E. A. O., Silva, B. C. A., Santos, J. H., Lotério, L. S., Accoroni, A. G., & Santos, M. A. (2020). Efeitos da supressão de rituais fúnebres durante a pandemia de COVID-19 em familiares enlutados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>
- Carvalho, F. T., & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, 57(126), 33-48. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v57n126/v57n126a04.pdf>
- Cescon, L. F. (2019). *Mais do Que "Fake News" e Mensagens de Bom Dia: Compartilhando o Luto Materno em um Grupo no WhatsApp* [Monografia de conclusão do Aprimoramento em Psicoterapia, PUCSP]. https://www.researchgate.net/publication/334708240_Mais_do_Que_Fake_News_e_Mensagens_de_Bom_Dia_Compartilhando_o_Luto_Materno_em_um_Grupo_no_WhatsApp
- Doka, K. J. (2008). Disenfranchised grief in historical and cultural perspective [Luto privado de direitos em perspectiva histórico-cultural]. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, & H. Schut (Eds.). *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 223-240). American Psychological Association.
- Gesteira, S. M., Barbosa, V. L., & Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 19(4), 462-467. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000400016>
- Gold, K. J., Dalton, V. K., & Schwenk, T. L. (2007). Hospital care for parents after perinatal death [Assistência hospitalar aos pais após a morte perinatal]. *Obstetrics and gynecology*, 109(5), 1156-1166. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000259317.55726.df>
- Hill, P. W., Cacciatore, J., Shreffler, K. M., & Pritchard, K. M. (2017). The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem [A perda de si mesmo: o efeito do aborto espontâneo, do natimorto e da morte infantil na autoestima materna]. *Death studies*, 41(4), 226-235. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1261204>
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614-623. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>
- Laguna, T. F. S., Lemos, A. P. S., Ferreira, L., & Gonçalves, C. S. (2021). O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. *Research, Society and Development*, 10(6), 1-8. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15347>
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2012). *Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo* (2ª ed.). Liber Livro.
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2014). Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(2), 502-507. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>
- Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. (2015). Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: ciência e profissão*, 35(4), 1120-1138. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>
- Lopes, B. G., Martins, A. R., Carletto, M. R., & Borges, P. K. d. O. (2019). A dor de perder um filho no período perinatal: uma revisão integrativa da literatura sobre o luto materno. *Revista Stricto Sensu*, 4(2), 29-40. <https://doi.org/10.24222/25253395.2019v4n2p029>
- Maranhão, J. L. S. (1986) *O que é morte* (2ª ed.). Brasiliense.
- Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Secretaria de atenção à saúde. (2009). *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil*. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf
- Miranda, C. L. M. (2011). *O sentido do ser-mãe-que-engravidou após o óbito fetal: possibilidades assistenciais de e para a enfermagem*. [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. <https://silo.tips/download/o-sentido-do-ser-mae-que-engravidou-apos-obito-fetal>
- Montigny, S., Paris, G. F., & Pelloso, S. M. (2016). Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 546-553. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0080623420160000500002>

- Moreno, C. S., & Bleicher, T. A. (2022). A atuação de ONGs e coletivos no apoio a pais em condição de luto perinatal. *Estilos da Clínica*, 27(1), 36-51. <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/190966#:~:text=O%20luto%20perinatal%2C%20processo%20decorrente,e%20coletivos%20especializados%20no%20tema>
- Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2010). Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. Perita? *Revista Portuguesa de Psicologia*, 3, 37-46. <https://core.ac.uk/download/pdf/19130248.pdf>
- Nobrega, A. A., Mendes, Y. M. M. B. Miranda, M. J. d., Santos, A. C. C., Lobo, A. P., Porto, D. L., & França, G. V. A. (2022). Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wigglesworth modificada. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(1), 1-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00003121>
- Phipps, S. (1985). The subsequent pregnancy after stillbirth: anticipatory parenthood in the face of uncertainty. [A gravidez subsequente ao natimorto: parentalidade antecipatória face à incerteza]. *International journal of psychiatry in medicine*, 15(3), 243-264. <https://doi.org/10.2190/gdc5-ka60-jpnh-pnd2>
- Rego, A., Cunha, M. P., & Meyer Jr., V. (2019). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista De Gestão Dos Países De Língua Portuguesa*, 17(2), 43-57. <https://doi.org/10.12660/rgplp.v17n2.2018.78224>
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Salgado, H. O., Andreucci, C. B., Gomes, A. C. R., & Souza, J. P. (2021). The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study [O projeto de luto perinatal: desenvolvimento e avaliação de diretrizes de apoio para famílias que vivenciam natimortos e mortes neonatais no Sudeste do Brasil - um estudo quase-experimental do tipo antes e depois]. *Reproductive health*, 18(5). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4>
- Salgado, H. O., & Polido, C. A. (2018). *Como lidar luto perinatal: acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal* (1ª ed.). Ema Livros.
- Santos, C. S., Marques, J. F., Carvalho, F. H. C., Fernandes, A. F. C., Henriques, A. C. P. T., & Moreira, K. A. P. (2012). Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(2), 277-284. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200010>
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas* (1ª ed.). Casa do Psicólogo.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. [O modelo de processo dual para lidar com o luto: justificativa e descrição]. *Death studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Teodózio, A. M., Barth, M. C., & Levandowski, D. C. (2022). Percepções e sentimentos sobre o bebê subsequente à perda gestacional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 74, e002, 1-22. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v74/1809-5267-arbp-74-e002.pdf>
- Visintin, C. D. N., Inacarato, G. M. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2020). Imaginários de mulheres que sofreram perda gestacional. *Estilos da Clínica*, 25(2), 193-209. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v25i2p193-209>
- Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: Um manual para profissionais da saúde mental* (4ª ed.). Roca.
- World Health Organization, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2017). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors* [Gerenciando complicações na gravidez e no parto: um guia para parteiras e médicos]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760>