



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

ANDREZA DE OLIVEIRA LIMA DUARTE

**IMPACTOS EMOCIONAIS EM MULHERES QUE SOFREM PERDA
GESTACIONAL E NATIMORTO**

ANDREZA DE OLIVEIRA LIMA DUARTE

**IMPACTOS EMOCIONAIS EM MULHERES QUE SOFREM PERDA
GESTACIONAL E NATIMORTO**

Artigo científico submetido à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Vale do Salgado, como requisito para obtenção do título de Bacharela em Psicologia.

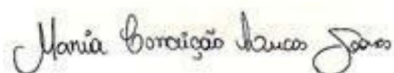
Orientador(a): Esp. Maria Conceição Lucas Soares.

ANDREZA DE OLIVEIRA LIMA DUARTE

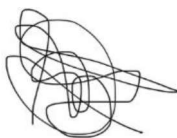
**IMPACTOS EMOCIONAIS EM MULHERES QUE SOFREM PERDA
GESTACIONAL E NATIMORTO**

Artigo científico aprovado em 17/06/2025, como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Psicologia do Centro Universitário Vale do Salgado.

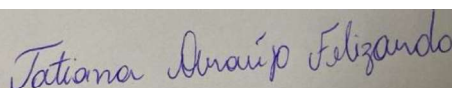
BANCA EXAMINADORA:



Esp. Maria Conceição Lucas Soares
Orientadora



Me. Leticia Augusto Oliveira da Silva Paulino
Avaliadora



Esp. Tatiana Araújo Felizardo
Avaliadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, toda honra e toda glória sejam dadas ao Senhor Jesus Cristo, que durante esse percurso foi meu refúgio e fortaleza. Foi a sua mão que me sustentou em cada passo desta caminhada, renovando minhas forças nos momentos de fraqueza e me guiando até aqui. Sem o Senhor Jesus, nada disso seria possível.

Quero louvar a Deus pela vida da minha mãe, Andréa, que não mediu esforços para que eu ingressasse na graduação. Obrigada, minha, por acreditar em mim mesmo quando eu duvidei, por cada oração feita, por cada gesto de sacrifício que, muitas vezes, só Deus viu. Obrigada por trabalhar na loja e cuidar da casa sozinha enquanto eu estudava, e por sua compreensão nos momentos em que estive ausente. Sou grata por todo o seu amor, incentivo e contribuição ao longo desse processo.

Em continuidade, sou grata ao meu pai, que, embora não esteja mais presente fisicamente, carrego comigo as suas lembranças, seus ensinamentos e o seu amor. Sei que, se estivesse aqui, estaria imensamente feliz com minha conquista.

Nesse percurso, o meu esposo, João Aldecir, foi essencial. Muito obrigada por toda compreensão e paciência nos momentos em que precisei me dedicar aos estudos, por me ajudar com a limpeza e organização da casa, por todas as vezes em que você me levou e buscou no ponto de ônibus. Obrigada pelas noites em que ficou acordado até tarde me esperando concluir tarefas da faculdade e do TCC. Obrigada por estar ao meu lado nos momentos de angústias e incertezas, por cada palavra de apoio e por cada renúncia feita para que eu pudesse chegar até aqui. Sem o seu apoio e parceria, esta conquista não seria possível.

E também, minha gratidão à minha irmã, Aierdna, que sempre esteve ao meu lado, caminhando e sonhando juntas. Grandes foram as adversidades que enfrentamos, mas a sua presença me ajudou a prosseguir.

À Andréia, minha amiga e irmã, que desde o ensino médio caminha ao meu lado. Embora na faculdade tenhamos trilhado caminhos diferentes, nossa amizade apenas se fortaleceu. Obrigada por acreditar em mim, por sempre estar comigo, me apoiando, torcendo por mim e até brigando quando necessário, sendo essencial para o meu progresso. Obrigada pelo privilégio de tê-la ao meu lado até hoje.

À minha tia Anderleia, minha gratidão. Quando a minha mãe precisou ir embora, foi a senhora quem me acolheu e cuidou de mim como uma filha. Obrigada por todo amor e pelas orações. É com carinho que também reconheço o apoio da minha sogra, dona Francisca, muito

obrigada por cuidar de mim com tanto carinho, por cada refeição preparada mesmo com suas limitações, e por todo acolhimento durante essa jornada.

À minha amiga Markysia, não existem palavras para expressar toda a minha gratidão. Obrigada por cada momento partilhado nesta caminhada. Sua amizade, apoio e estímulo foram essenciais nesse processo. Desde o início, caminhamos juntas, compartilhando trabalhos, sonhos, dificuldades e conquistas. Agradeço imensamente por me acolher durante os períodos de estágio, você e sua mãe foram instrumentos de Deus na minha vida, durante esse percurso, muito obrigada por tudo.

Não poderia deixar de agradecer a Deus pela vida da minha orientadora, Esp. Maria Conceição Lucas Soares, que dedicou seu tempo para me conduzir durante esta pesquisa, orientando cada passo e decisão. Suas orientações foram cruciais para o desenvolvimento deste trabalho. Você é um exemplo de professora e profissional a ser seguido. Minha gratidão por cada orientação, por cada palavra de incentivo que me impulsionou a crescer e por despertar em mim um amor pela Psicologia Hospitalar.

Em continuidade, estendo meus agradecimentos à minha banca examinadora, composta pela Me. Leticia Augusto Oliveira da Silva Paulino e pela Esp. Tatiana Araújo Felizardo, que contribuíram significativamente para o aprimoramento deste trabalho com suas observações. Agradeço por dedicarem seu tempo à leitura e à avaliação criteriosa. As contribuições de vocês foram essenciais para o aperfeiçoamento desta pesquisa.

Aos professores e ao coordenador do curso, deixo minha gratidão por todo o conhecimento compartilhado, pelos desafios propostos e pelas palavras que, mesmo duras, contribuíram para o meu crescimento acadêmico e profissional ao longo desses anos.

Quero também externar minha gratidão aos colegas de turma, com quem compartilhei sonhos, angústias e vitórias, meu muito obrigada por fazerem parte dessa história. E por fim todos que, de alguma forma, caminharam ao meu lado, muito obrigado.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo compreender os impactos emocionais da perda gestacional e do natimorto em mulheres que vivenciam essa perda, descrever o papel do psicólogo hospitalar no atendimento dessas mulheres e analisar a conduta dos profissionais de saúde diante dessas situações. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa, com abordagem exploratória e descritiva. A análise dos dados foi realizada por meio do método de análise de conteúdo de Bardin. A coleta de dados foi realizada nas plataformas Capes Periódicos, SciELO, BVS-Psi, BVS, PubMed e PePSIC, com critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Os resultados evidenciam que o psicólogo hospitalar exerce papel importante, oferecendo um atendimento humanizado por meio da escuta ativa e empática, proporcionando um espaço seguro para a expressão das emoções. A perda gestacional e o natimorto provocam impactos emocionais nas mulheres, podendo desencadear transtornos como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Além disso, foram identificadas diferentes formas de luto, como o luto antecipado, o luto não reconhecido e o luto perinatal. Verificou-se também que muitos profissionais de saúde apresentam dificuldades para lidar com essas situações, adotando posturas insensíveis ou indiferentes, o que pode dificultar o processo de elaboração do luto. Conclui-se que a atuação empática da equipe de saúde, bem como o papel do psicólogo hospitalar, é fundamental para o cuidado emocional dessas mulheres e para a promoção de um ambiente mais acolhedor.

Palavras-chave: Impactos Emocionais; Luto; Natimorto; Perda Gestacional; Psicologia Hospitalar.

ABSTRACT

This study aims to understand the emotional impacts of pregnancy loss and stillbirth on women who experience this loss, describe the role of hospital psychologists in caring for these women, and analyze the conduct of health professionals in these situations. This is a qualitative bibliographical study with an exploratory and descriptive approach. Data analysis was performed using Bardin's content analysis method. Data collection was performed on the Capes Periódicos, SciELO, BVS-Psi, BVS, PubMed, and PePSIC platforms, with previously defined inclusion and exclusion criteria. The results show that hospital psychologists play an important role in providing humanized care through active and empathetic listening, providing a safe space for expressing emotions. Pregnancy loss and stillbirth have emotional impacts on women and can trigger disorders such as depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD). Furthermore, different forms of grief were identified, such as anticipated grief, unrecognized grief and perinatal grief. It was also found that many health professionals have difficulty dealing with these situations, adopting insensitive or indifferent attitudes, which can hinder the process of mourning. It is concluded that the empathetic performance of the health team, as well as the role of the hospital psychologist, is fundamental for the emotional care of these women and for promoting a more welcoming environment.

Keywords: Emotional Impacts; Grief; Stillbirth; Pregnancy Loss; Hospital Psychology.

LISTA DE SIGLAS

- ONU** Organização das Nações Unidas
- RAS** Rede de Atenção à Saúde
- SUS** Sistema Único de Saúde
- TEPT** Transtorno do Estresse Pós-traumático

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1	MATERNIDADE INTERROMPIDA: PERDA GESTACIONAL E NATIMORTO.....	10
2.1.1	Construção social do papel da mulher em relação a maternidade.....	10
2.1.2	Perda gestacional e natimorto.....	12
2.2	COMPREENDENDO SOBRE MORTE E LUTO.....	13
2.3	A IMPORTÂNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E DA PSICOLOGIA HOSPITALAR.....	15
3	METODOLOGIA.....	17
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	17
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	19
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
	REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade perinatal é definida como óbito fetal e óbito neonatal. O primeiro refere-se à morte do feto após as 22 semanas de gestação até o final da gravidez, enquanto o segundo trata da morte do recém-nascido após o nascimento (Nóbrega *et al.*, 2022). Atualmente, de acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) estima-se que ocorram cerca de 290.000 mortes maternas por ano, 1,9 milhão de óbitos de bebês após 28 semanas de gestação e 2,3 milhões de mortes de recém-nascidos (Nações Unidas, 2023).

Essas mortes podem ser ocasionadas pela ausência de fatores preventivos no período gestacional, configurando-se como um risco para a mortalidade perinatal. Assim sendo, são considerados como fatores de riscos questões socioeconômicas, questões relacionadas ao pré-natal e características dos recém-nascidos e da gestação, como as malformações congênitas, peso insuficiente ao nascer, nascimento pré-termo e gravidez múltipla, negligência na realização do pré-natal, por meio de ausência ou baixa frequência (Serra *et al.*, 2022).

Diante disso, é importante destacar que a percepção sobre a morte foi se modificando ao longo do tempo. No qual, na antiguidade, ainda na Idade Média, entre os séculos V e XII, a morte era entendida como algo natural. No entanto, na Baixa Idade Média, a partir do século XII, esse entendimento começou a se modificar, e, com isso, a morte passou a ser entendida como um misticismo (Nascimento; Rocha, 2020). Atualmente, ela é um evento que provoca medo nos indivíduos, impulsionando-os a buscar qualquer solução que evite sua concretização. Logo, a morte tem se tornado um tabu, sobre o qual os indivíduos evitam falar (Oliveira *et al.*, 2020).

Dito isto, a morte é um evento que provoca a vivência do luto, um processo que refere-se ao modo como o sujeito elabora a perda. No entanto, o luto não é vivenciado apenas em ocorrência de morte, mas para além disso, refere-se também a situações como, aposentadoria, separação, término de uma relação, sonhos ou projetos, enfim situações que são irreversíveis. A experiência do luto, desencadeia no sujeito um sofrimento intenso e uma tristeza profunda, provocada pela perda de algo ou alguém significativo (Bouso, 2011).

A psicologia desempenha um papel significativo no contexto hospitalar, onde são vivenciados diversos fatores que podem ocasionar o adoecimento psíquico no sujeito, como por exemplo, questões referentes ao processo de adoecimento (Assis; Figueiredo, 2020). Assim como, questões relacionadas ao luto, vivenciado por pessoas que enfrentam a perda de seus entes queridos, o psicólogo contribui oferecendo apoio emocional ao indivíduo enlutado e

fornece um espaço de escuta qualificada, permitindo que o sujeito fale sobre sua experiência, promovendo assim, a elaboração do luto (Laguna *et al.*, 2021).

Portanto a Psicologia se dedica a averiguar como fatores socioemocionais implicam no bem-estar dos sujeitos. Todavia, muitos destes fenômenos psicológicos demandam, maiores investigações, especialmente quando se trata dos impactos emocionais advindos de perdas significativas.

Diante disso, propõe-se como pergunta norteadora: Quais são os impactos emocionais da perda gestacional e do natimorto na mulher?

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo geral compreender os impactos emocionais relacionados à experiência do luto por perda gestacional e natimorto. E como objetivos específicos, propõe-se compreender a construção sócio histórica da maternidade no papel social atribuído à mulher; descrever o papel do psicólogo hospitalar no atendimento de mulheres que passam por perda gestacional e natimorto; identificar a conduta dos profissionais de saúde no contexto hospitalar em demandas de perda gestacional e natimorto.

Deste modo, o presente estudo justifica-se por oportunizar maior arcabouço teórico acerca da temática. Bem como, evidenciar para a comunidade acadêmica e social a necessidade de constante atualização e reconhecimento das variáveis que podem influenciar estes aspectos emocionais.

Sendo relevante pela consolidação e proposta de um olhar diferencial para a psicologia e as comunidades, viabilizando a saúde mental e suas especificidades. O que poderá ocasionar em práticas e políticas públicas mais humanizadas e integrais validando os sujeitos e todos os seus atravessamentos. Além disso, a pesquisa pode proporcionar à equipe profissional de saúde, à sociedade e aos familiares uma compreensão mais clara sobre os impactos emocionais enfrentados por mulheres que vivenciaram o luto por perda gestacional e natimorto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MATERNIDADE INTERROMPIDA: PERDA GESTACIONAL E NATIMORTO

2.1.1 Construção social do papel da mulher em relação a maternidade

Na sociedade, cada indivíduo ocupa espaços e papéis distintos. Isso não é diferente quando se trata dos sexos masculino e feminino. Segundo Borges (2013), há uma distinção

entre a trajetória de vida do homem e da mulher no contexto social, na qual o papel da mulher, em relação às atribuições e funções, difere do papel do homem.

Diante disso, Santos e Diniz (2011) afirmam que a sociedade ocidental foi dividida em dois âmbitos distintos: um espaço reservado para as mulheres, sendo ele, privado e restrito, e outro para os homens, que é coletivo e público. Além disso, a família nuclear, elaborada pela burguesia nascente, designa papéis exclusivos para ambos os sexos na sociedade. No que se refere ao papel da mulher, é restrito ao ambiente privado. A persistência de sua presença no contexto privado e doméstico se dá pela suas características biológicas, como a menstruação e a gravidez, sendo compreendido então, como um espaço natural para a mulher.

Silva e Almeida (2017) apontam que, na sociedade dominada pelo patriarcado, a mulher costuma ser reconhecida como alguém com uma postura submissa ao seu companheiro e, assim, designada para engravidar. Logo, a maternidade implica claramente na inserção da mulher no âmbito doméstico. Nos anos 1960, essa questão foi apresentada para a mulher como uma condição biológica, utilizada socialmente contra ela para mantê-la restrita ao contexto doméstico (Tomaz, 2015).

Contudo, com o passar do tempo, as coisas foram se transformando e, assim, a sociedade ocidental também passou por mudanças. Entre elas, observa-se que a família e os indivíduos inseridos nesse novo contexto social foram impactados por essas transformações (Silva; Almeida, 2017).

A Revolução Industrial proporcionou uma mudança significativa na família, onde os membros, independentemente do gênero, se tornaram trabalhadores, o que acarretou uma nova configuração do papel da mulher na sociedade. Assim, a mulher começou a ingressar no mercado de trabalho, e suas primeiras profissões aceitas foram nas áreas da saúde e do ensino. No âmbito da saúde, era-lhe concedido apenas o exercício da enfermagem, pois até o século XIX a medicina era considerada uma profissão masculina (Neves; Soares, 2009, apud Silva; Almeida, 2017).

A princípio, a maternidade foi entendida como uma limitação, reduzindo a mulher à sua biologia. Assim, a recusa à maternidade seria um caminho para desconstruir a dominação masculina e possibilitar que a mulher buscasse sua identidade, permitindo-se vivenciar e experimentar outras potencialidades. Entretanto, em um segundo momento, a maternidade passou a ser vista como algo único e inerente às mulheres, um aspecto que a classe masculina invejava. Teses históricas retratam a vivência da maternidade como parte essencial da identidade feminina. A maternidade pode simbolizar tanto uma realização pessoal para a mulher

quanto ser vista como uma forma de opressão, abrindo espaço para múltiplas interpretações (Scavone, 2001).

2.1.2 Perda gestacional e natimorto

A gestação provoca modificações fisiológicas, anatômicas e sociais na vida da mulher. Durante o período gestacional, como forma de prevenção, é realizado o pré-natal, cujo acompanhamento deve incluir, no mínimo, seis consultas. Um maior número de consultas contribui para a maior segurança da gestação (Belfort *et al.*, 2020). O pré-natal é de suma importância, pois visa promover uma gestação saudável, possibilitando a redução de casos de natimorto, prematuridade e baixo peso, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida para a mãe (Marques *et al.*, 2021).

No entanto, historicamente não havia essa preocupação em relação a mortalidade infantil, pois segundo Pancino e Silveira (2010), na antiguidade, as crianças eram tratadas como seres cuja existência era incerta, podendo vir a óbito a qualquer momento. Tanto é que, em uma coleta de dados realizada a pedido do Papa Alexandre VII, no ano de 1656, não há registros sobre a faixa etária de crianças entre 0 e 3 anos, pois a mortalidade infantil era considerada algo natural, e por isso não se realizava a coleta de dados sobre essas crianças.

Felizmente essa percepção mudou ao longo do tempo, pois, percebe-se que, nas últimas décadas, houve avanços significativos na medicina em relação à saúde das gestantes e dos fêtos, o que resultou em uma redução considerável nos índices de mortalidade perinatal e de abortos espontâneos causados por complicações na gestação. No entanto, esses eventos ainda ocorrem nos dias atuais (De Albuquerque *et al.*, 2022).

A mortalidade perinatal é definida em duas situações: o óbito fetal, que ocorre entre as 22^a semanas de gestação até o final da gravidez, e o óbito neonatal, que acontece após o nascimento, até o sexto dia de vida. Globalmente, a mortalidade de recém-nascidos corresponde a 44% do total de óbitos em crianças com menos de cinco anos. Em relação aos natimortos, estima-se que, em 2015, o número total foi de 2,6 milhões (Nobrega *et al.*, 2022).

Atualmente, segundo o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), desde 2015 houve uma desaceleração nas melhorias para a sobrevivência materna e perinatal, com o progresso permanecendo estagnado. Estima-se que ocorram cerca de 290.000 mortes maternas por ano, 1,9 milhão de óbitos de bebês após 28 semanas de gestação e 2,3 milhões de mortes de recém-nascidos (Nações Unidas, 2023).

A perda gestacional tem o mesmo significado que óbito ou morte fetal, já tratado anteriormente. Diante disso, o advento espontâneo da perda gestacional, independentemente da fase da gestação, seja ela anteparto (período anterior ao parto) ou intraparto (período de trabalho de parto), configura-se como um grave problema de saúde pública (Vescovi; Lewandowski, 2023). Pois, trata-se de questões que podem ser evitadas, a depender da qualidade da assistência recebida no pré-natal, no parto e nos primeiros dias de vida do recém-nascido (Nóbrega *et al.*, 2022). Assim, compreende-se que a perda gestacional é uma questão de saúde pública, pois envolve aspectos econômicos, sociais e políticos (Serafim *et al.*, 2021).

Para além das questões médicas, a perda gestacional e o natimorto impactam profundamente a saúde mental das mulheres que enfrentam essas situações. Pois, o vínculo entre mãe e filho pode se formar antes mesmo da concepção e é fortalecido durante o pré-natal (De Albuquerque *et al.*, 2022).

A gestação é frequentemente associada à ideia de vida e esperança, e, por isso, a perda gestacional ou o natimorto podem ter um impacto devastador, causando um sofrimento materno que pode perdurar por toda a vida. Além disso, pode causar um vazio emocional e a sensação de desesperança que pode progredir para quadros clínicos de depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e luto complicado (Paris; Montigny; Peloso, 2021).

2.2 COMPREENDENDO SOBRE MORTE E LUTO

As pessoas lidam e compreendem a morte de diferentes formas, a depender da população ou religião em que estão inseridas. Algumas populações entendem a morte como um período de reflexão e celebração, como no México e na África. Porém, na sociedade brasileira há uma dificuldade em aceitar esse acontecimento (Nascimento; Rocha, 2020).

Nascer e morrer é um processo pelo qual todo ser humano passa. Logo, isso retrata que a humanidade não é infinita, mas existe um limite de temporalidade, ou seja, a finitude. Diante disso, compreende-se que a morte é algo natural e faz parte da vida do ser humano, a qual não há como fugir, pois os indivíduos são seres finitos (Casellato, 2020).

Segundo Nascimento e Rocha (2020), com o passar dos séculos, o entendimento sobre a morte foi se transformando. Na Idade Média, do século V ao XII, ela era compreendida como algo natural. Na segunda Idade Média, a partir do século XII passou a ser um misticismo, o qual houve questionamentos sobre para onde os mortos iriam, e com isso a igreja é introduzida respondendo tais questionamentos. Diante disso, a morte deixa de ser um fenômeno natural, e se torna uma provação.

A partir do século XIX, com o avanço científico da medicina, a percepção sobre morte é modificada mais uma vez, e passa a ser entendida como uma despedida, com isso, os cortejos fúnebres são inseridos. Além disso, com o avanço da industrialização a morte se distancia do contexto doméstico e se torna uma realidade triste, em que os indivíduos não gostam de falar sobre (Nascimento; Rocha, 2020).

Além das várias transformações no entendimento sobre a morte, também há uma variedade de definições relacionadas a esse fenômeno. Uma delas compreende a morte como o fenômeno final da vida. Outra definição a vê como uma transição que ocorre no corpo, no qual passa de um sujeito com vida, para um sujeito sem vida, deixando de ser um indivíduo vivo para apenas um corpo que entrará em decomposição. Há também a definição que afirma que, enquanto há vida, a morte não tem significado. No entanto, no momento em que a morte ocorre, o ser humano já não existe, ou seja, a pessoa só existe enquanto está viva (Antonucci *et al.*, 2023).

Com isso, a morte de um ente querido desencadeia um processo de luto, o qual, embora seja estressante, é uma experiência inevitável para todos os indivíduos. O luto não é classificado como uma doença mental, mas pode ser comparado a uma condição patológica, já que, assim como as doenças físicas, ele causa alterações no corpo, provocando mudanças nas funções psíquicas e gerando desconforto ao sujeito. Portanto, o luto pode ser considerado um trauma psicológico (Parkes, 1998).

Diante disso, segundo Casellato (2020), o luto é um termo que se origina do latim, e um dos seus significados é a perda e morte. Os primeiros lutos são vivenciados pelas pessoas ainda na infância, quando descobrem que pessoas morrem e não voltam mais. Além da dor ocasionada pela morte, também existe o luto que é vivenciado em circunstâncias de perda, mas não necessariamente de morte. Assim, o processo de luto é vivido não apenas em situações de perda por morte, mas também em mudanças, separações ou qualquer outro acontecimento que acarrete mudanças significativas.

Ao longo do tempo, o entendimento sobre o luto evoluiu. Diversos autores contribuíram para o desenvolvimento do conceito de luto no contexto histórico. Conforme Franco (2021) apresenta, Parkes (1998, 2001, 2011a e 2011b) descreve o luto como uma doença. Ele discorda de Lindemann (1944), que defendia a expressão das emoções como forma de elaborar o luto, argumentando que essa abordagem não era adequada. Além disso, eventos como o seminário *The Concept of Death and Its Relation to Behavior* [O Conceito de Morte e sua Relação com o Comportamento] resultaram na publicação de trabalhos que contribuíram significativamente para o conhecimento científico sobre o luto, gerando impactos positivos na tanatologia.

Para além disso, durante todo o processo histórico sobre o luto, diversos autores com diferentes perspectivas contribuíram de forma significativa para uma melhor compreensão do tema. Entre esses autores, encontra-se Bowlby (1981), que retrata o luto como um processo vivido em fases. Embora sua teoria tenha contribuído para a construção do conhecimento sobre o luto, Franco (2021) afirma que há um risco em classificar o processo do luto em fases, pois isso pode gerar no indivíduo expectativas irreais e angústias, levando-o a acreditar que está vivenciando o luto de forma inadequada.

A ideia do luto ser vivenciado por fases específicas torna o processo de luto mais complicado, pois, é como se tornasse o processo em algo normal, o que, na verdade, o torna mais difícil. A proposta de fases pode até parecer um caminho simples de seguir, mas, conforme os dias forem passando é como se o sujeito tivesse pegado um atalho sem saída, sendo necessário percorrer o processo de forma gradual e individual. Dessa forma, compreende-se que o luto não é vivenciado em fases, mas sim de forma processual e individual, oscilando naturalmente entre a perda e a restauração, permitindo que o sujeito enlutado vivencie sua dor e a sua experiência de perda (Franco, 2021).

2.3 A IMPORTÂNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS) garante a todos os indivíduos o direito à saúde e ao acesso igualitário aos serviços oferecidos pelo sistema. Tais serviços têm como objetivo proporcionar a promoção, recuperação e proteção à saúde dos cidadãos, além de desenvolver iniciativas que promovam a prevenção e a inserção de atividades assistenciais. Diante disso, as atividades desenvolvidas pelo SUS são estruturadas de maneira hierarquizada e regionalizada, ocorrendo em níveis de complexidade e em ordem crescente (Brasil, 1990).

Entretanto, apesar dessa estrutura hierarquizada, segundo a Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 (BR), o SUS apresentava diversas fragmentações nos serviços e ações, o que gerou a necessidade de modificar o sistema de saúde. Com isso, foi desenvolvida como inovação a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Onde, é um sistema de organização, e tem o intuito de organizar as atividades e serviços, promovendo a integralidade no cuidado às pessoas, tendo como objetivo proporcionar a integração dos níveis de atenção (Brasil, 2010).

Além disso, segundo Brasil (2022), a RAS tem o intuito de garantir a formação da relação entre os níveis de atenção de forma horizontal, onde a atenção primária desenvolve um

papel significativo, sendo o ponto central de atendimento à população, oferecendo cuidados a demandas comuns de saúde e coordenando o cuidado nos demais pontos de atenção.

Diante disso, segundo Pascoti, Paiva Neto e Mendes (2022), é importante destacar que os níveis de atenção são divididos em atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária, como mencionado anteriormente, desempenha uma função bastante significativa, pois, conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, é considerada a porta de entrada para o SUS e demais serviços de saúde. O desenvolvimento de suas ações e serviços visa proporcionar a promoção da saúde, a redução de danos, o diagnóstico precoce de doenças, além de promover o tratamento, a reabilitação, a prevenção, a proteção à saúde e os cuidados paliativos. Essas ações são realizadas de forma individual, coletiva e familiar (Brasil, 2017).

Já a atenção secundária trata-se de um sistema de complexidade média, responsável por oferecer apoio terapêutico e diagnóstico, atendimentos especializados, bem como serviços de urgência e emergência. Esse nível de atenção ocorre em equipamentos ambulatoriais e hospitalares (Erdmann *et al.*, 2013).

Por outro lado, a atenção terciária refere-se ao nível de atendimento de alta complexidade, envolvendo a utilização de equipamentos adequados para atender suas demandas, ou seja, equipamentos compatíveis com o grau de complexidade dos casos atendidos, isto é, com uma tecnologia avançada. Além disso, nesse nível de atenção, os atendimentos são realizados por profissionais especializados e ocorrem em grandes hospitais (Bleicher; Bleicher, 2016).

Logo, em relação ao período gestacional, a gestante de baixo risco é acompanhada inicialmente pela atenção primária, onde é realizado o pré-natal e tem o intuito de proporcionar a prevenção e promoção da saúde durante a gestação (Marques *et al.*, 2021). Quando é identificado algum risco à mãe ou ao bebê, a atenção secundária entra em ação, pois é o serviço responsável por minimizar os riscos e resolver os agravos que possam afetar a saúde de ambos. Recomenda-se, ainda, que, mesmo sendo encaminhada para a atenção secundária, a gestante mantenha o vínculo com a atenção primária (Da Fonseca *et al.*, 2022).

Além disso, conforme Brasil (2010), em casos com problemas mais complexos, como de alto risco, os procedimentos adequados só podem ser realizados em unidades de nível secundário e/ou terciário. E de acordo com Rodrigues *et al.* (2022), ao identificar situações de alto risco durante a gestação, requer a necessidade de encaminhamento para unidades de saúde especializadas. Como mencionado anteriormente, esse tipo de atendimento se encontra na atenção terciária.

Após uma breve exploração sobre a RAS, sobre o SUS, seus níveis de atenção e suas funcionalidades no período gestacional, será abordada a conduta dos profissionais de saúde em relação às mulheres que sofreram perda gestacional e natimorto, assim como a importância do profissional de psicologia, especificamente no ambiente hospitalar.

Logo, segundo um estudo realizado por Vescovi e Levandowski (2023), foi identificado por meio das atitudes dos profissionais a presença de invalidação e desvalorização da perda gestacional e de perdas precoces. Onde, os profissionais demonstraram falta de habilidades no manejo com o bebê falecido, agindo de forma a invalidar o sofrimento das mães e famílias enlutadas, tratando a perda gestacional como se fosse algo insignificante. Além disso, o autor menciona que algumas pacientes afirmaram que foram tratadas com gritos, hostilidades, e sendo culpabilizadas pela ocorrência da perda.

Diante dessa situação, é fundamental a presença do profissional de psicologia, pois segundo Simonetti (2016), a psicologia hospitalar é uma área de atuação que oferece o cuidado às pessoas, trabalhando os aspectos psicológicos relacionados ao adoecimento. Esses aspectos são denominados como objeto de estudo da psicologia hospitalar, e são demonstrações da subjetividade diante do processo de adoecimento, sendo expressados por diversas formas, como através da fala, pensamentos, comportamentos, lembranças, sonhos, estilo de vida e até mesmo por meio da forma de adoecer de cada um.

A psicologia hospitalar tem como foco principal a diminuição dos sofrimentos ocasionados pela hospitalização. Assim, é importante destacar que o profissional de psicologia hospitalar não se concentra apenas na patologia do sujeito relacionada à hospitalização, mas, primordialmente, nos fatores emocionais que esse processo pode ter provocado no indivíduo (Angerami-Camon *et al.*, 2010).

Além disso, o psicólogo hospitalar não se restringe ao atendimento de pacientes com doenças psicossomáticas, mas abrange os sujeitos com aspectos psicológicos de toda e qualquer doença, seja ela biológica, psicológica ou cultural. Assim, sua atuação não se limita apenas aos pacientes, mas também oferece assistência ao que é chamado de tripé, sendo composto por família, paciente e equipe profissional (Simonetti, 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo visa preencher as lacunas que existem no conhecimento científico, por meio da junção de estudos. O método de pesquisa é a bibliográfica, com caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.

Deste modo, segundo (Gil, 2022) a pesquisa bibliográfica compreende-se por ser desenvolvida com base em matérias já publicados, com vantagem de oportunizar ao pesquisador a cobertura de fenômenos de forma mais ampliada fornecendo uma visão geral sobre a temática a ser discutida.

Trata-se de um estudo com caráter exploratório e descritivo, onde o primeiro aponta para um planejamento flexível e tem o intuito de proporcionar o entendimento sobre o problema estudado, permitindo que haja uma maior familiarização com a problemática, tornando-o em algo explícito. Já o segundo tem o intuito de descrever as características do fenômeno estudado, tendo também a possibilidade de identificar a provável ligação entre variáveis, além disso, a pesquisa descritiva em seu escopo determina a natureza dessa ligação (Gil, 2022).

Diante disso, a pesquisa foi desenvolvida por meio da abordagem qualitativa, que possui caráter indutivo, permitindo que o pesquisador influencie e seja influenciado pelo objeto de estudo, eliminando assim, a neutralidade. Além disso, a investigação apresenta aspectos subjetivos, que refletem na interpretação do pesquisador (Serapioni, 2000).

É importante destacar ainda, que a pesquisa qualitativa possui um caráter interpretativo, e configura-se por ser um método que não avalia dados numéricos, mas sim conceitos, e a relação com o objeto de estudo, de forma a compreender seus aspectos com profundidade (Gil, 2021).

Para análise de dados, utilizou-se como método, a análise de conteúdo de Bardin, que consiste em um conjunto de técnicas destinadas à análise das comunicações. Esse método utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, sendo aplicado em diferentes tipos de materiais e contextos. A sua interpretação envolve os aspectos objetivos e subjetivos da análise (Bardin, 2016). Esse método tem o intuito de investigar os significados e sentidos atribuídos ao fenômeno, a temática ou ao problema estudado, conforme apresentados pelos participantes ou pelos estudos analisados, por meio de uma sistematização cuidadosa e estruturada (Valle; Ferreira, 2025).

Após a apresentação da definição do método de análise, torna-se pertinente descrever a organização de suas fases. Conforme descrito por Bardin (2016) a análise de conteúdo é estruturada em três etapas principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise é a primeira fase e tem como objetivo a organização do material, buscando sistematizar as primeiras ideias e elaborar um plano de análise. Nessa etapa, foram selecionados os documentos para a realização da análise, definidos os objetivos da pesquisa, assim como a elaboração de evidências para a interpretação final da análise.

A etapa de exploração do material refere-se à aplicação sistemática das técnicas de codificação. Nessa fase, o conteúdo foi decomposto e codificado, sendo organizados os dados analisados em categorias de análise conforme os critérios previamente definidos.

Por fim, o tratamento dos resultados e interpretação consiste na análise inferencial dos dados, permitindo a formulação de interpretações significativas. Embora essa fase, segundo Bardin (2016), possa incluir recursos como quadros, gráficos ou imagens para evidenciar os achados, no presente estudo, os resultados foram apresentados em forma de síntese textual, com base nas categorias emergentes e alinhados aos objetivos propostos.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi utilizado para busca de dados as seguintes plataformas: Capes Periódicos, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil (BVS-Psi), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e PePsic.

Como critérios de inclusão, foram utilizados livros e artigos gratuitos e de livre acesso, publicados nas plataformas citadas anteriormente entre os anos 2019 a 2025, com o idioma português e inglês.

Dos achados, foram excluídos os trabalhos duplicados, os que estavam disponibilizados apenas em inglês e os que não apresentaram relevância para a construção do estudo.

Logo, a pesquisa foi realizada com a utilização dos seguintes descritores: “Perda gestacional e natimorto”, “Perda gestacional”, “Perda do natimorto”, “Luto não legitimado”, “Luto silenciado”, “Luto”, “Perda gestacional e luto”, “Natimorto e luto”, “Psicologia Hospitalar”, “Conduta do psicólogo hospitalar em perda gestacional”, “Contribuição do psicólogo em natimorto” “Contribuição do psicólogo em perda gestacional”, assim como “*Pregnancy loss and stillbirth*”, “*Pregnancy loss*”, “*Stillbirth loss*”, “*Unlegitimized grief*”, “*Silenced mourning*”, “*Grief*”, “*Pregnancy loss and grief*”, “*Stillbirth and grief*”, “*Hospital Psychology*”, “*Hospital psychologist's conduct in pregnancy loss*”, “*Psychologist's contribution to stillbirth*”, “*Contribution of the psychologist in pregnancy loss*”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Psicologia Hospitalar teve um longo percurso até se tornar uma especialização da Psicologia. Assim, a inserção do Psicólogo no contexto hospitalar teve início em 1818, no

Hospital McLean, em Massachussets, com a atuação na equipe multiprofissional. Em 1904, neste mesmo hospital, foram realizadas as primeiras pesquisas em Psicologia Hospitalar. (Ismael, 2005 *apud* Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Em 1950 o médico Raul Briquet, juntamente com a psicóloga Bety Gastenstay realizaram no hospital geral uma pesquisa, sendo registrada como a primeira atividade do psicólogo em hospital geral. Em 1997, houve outro marco na Psicologia Hospitalar, o qual se refere a fundação da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH). (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Somente em 2000, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) regulamentou a Psicologia Hospitalar como uma especialidade da Psicologia. (CFP, 2000 *apud* Conselho Federal de Psicologia, 2019). Desde então, tem-se consolidado e expandido sua atuação, especialmente diante de novos desafios, como ocorreu durante a pandemia de COVID-19.

Dito isto, é importante destacar que a pandemia de COVID-19 proporcionou de forma significativa a alteração da atuação do Psicólogo hospitalar. Dentre elas, destaca-se a ampliação e diversificação das demandas, nas quais os profissionais de psicologia passaram a atender demandas relacionadas a óbito, o que anteriormente não fazia parte de sua rotina de trabalho. Com isso, houve a necessidade de modificar os protocolos de atendimentos, possibilitou a adoção do atendimento on-line, o qual foi necessário para manter a segurança dos profissionais e pacientes. Ademais, os profissionais da saúde passaram a buscar mais suporte psicológico (Lemos; Wiese, 2023).

Conforme apresentado anteriormente, a atuação do psicólogo hospitalar se expandiu para diversas demandas, incluindo o luto perinatal. Nesse contexto, segundo Santos e Lisboa (2022), esse profissional tem como função cuidar da saúde mental das mulheres que enfrentam essa situação, possibilitando que expressem sua dor frente ao luto vivenciado, de forma que seu processo de luto seja ressignificado. Complementando essa perspectiva, Laguna *et al.* (2021) destacam que o psicólogo hospitalar facilita a vivência do luto ao possibilitar a expressão emocional, promovendo, assim, a elaboração desse processo.

Além disso, o profissional de psicologia hospitalar, frente às essas demandas, segundo Laguna *et al.* (2021) deve apresentar uma postura empática diante da dor e do sofrimento vivenciado. Nesse sentido, sua atuação envolve acolhimento, escuta ativa e humanizada, possibilitando assim, que essa mãe enlutada expresse seus sentimentos sem julgamentos ou invalidação de sua dor (Sanches; Freitas, 2017 *apud* Santos; Lisboa, 2022; Ferraro, 2019).

Ferraro (2019) e Sanches e Freitas (2017) *apud* Santos e Lisboa (2022) destacam que, além do acolhimento individual, o psicólogo hospitalar também atua com a tríade paciente-

família-equipe promovendo uma boa comunicação entre a família e os profissionais de saúde. Assim como, trabalha as questões emocionais dos profissionais de saúde referente ao luto. Complementando essa perspectiva Laguna *et al.* (2021), acrescenta que essa atuação também envolve auxiliar a mãe no desenvolvimento da aceitação da perda e na validação do luto, reconhecendo a existência do bebê e possibilitando um espaço para despedida.

Santos e Lisboa (2022) destacam que o psicólogo hospitalar atua junto à equipe multiprofissional promovendo a prevenção de psicopatologias decorrentes do luto perinatal. A interação entre o psicólogo, a equipe de saúde e a família contribui para a humanização do atendimento, promovendo um ambiente de suporte emocional e compreensão mútua. Além disso, o profissional proporciona na vivência momentos significativos, como vê-lo, vesti-lo e se despedir do bebê, garantindo que ela tenha o direito de escolher se deseja ou não se despedir do filho (Laguna *et al.*, 2021).

Diante da análise dos achados, é possível identificar a função do psicólogo hospitalar em demandas de perdas gestacionais e natimorto, bem como compreender sua importância neste contexto. Visto que, ele oferece um atendimento humanizado, criando um espaço de acolhimento com escuta ativa e empática, permitindo que a paciente sinta-se à vontade e segura para expressar suas emoções, dor e sofrimento.

Essa atuação se torna mais relevante ainda, ao considerar que, ao vivenciar esse tipo de perda, a mulher apresenta sentimentos de impotência, angústia, decepção, desmotivação, frustração e culpa, além de emoções como tristeza e raiva (Dumitru *et al.*, 2024).

Moreira *et al.* (2024) reforçam a presença da tristeza e da culpa, e acrescentam que também é comum o sentimento de desesperança, assim como emoções intensas de ansiedade e agressividade, afetando o cotidiano dessa mulher. Os autores destacam ainda a presença do choro fácil, bem como problemas na auto-estima e dificuldades nas relações interpessoais.

Em concordância com esses achados, Freire *et al.* (2024) destacam a presença de sentimentos como culpa e raiva, bem como a decepção da mulher consigo mesma e com seu corpo por não ter conseguido prosseguir com a gestação ou dar à luz a um bebê vivo. Além disso, apontam que, ao vivenciar essa perda, é comum que a mulher sinta inveja de outras que conseguiram gerar filhos.

Nesses casos, também são frequentes emoções como medo e sensação de fracasso, assim como a manifestação de quadros de depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). De maneira semelhante, Gonçalves, Monteiro e Barros (2024) reforçam que os sintomas ansiosos e depressivos são os mais recorrentes, acompanhados por sentimentos de fracasso, vergonha e culpa.

Diante desses dados, compreende-se que a perda gestacional e o natimorto ocasionam impactos emocionais significativos na mulher. Pois, trata-se de uma vivência marcada por um misto de sensações, sentimentos e emoções, que podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais, como depressão, ansiedade e TEPT. Além dos impactos emocionais, essa experiência também afeta o cotidiano da mulher, suas relações interpessoais e influência de forma negativa em sua auto-estima.

Desse modo, afirma-se que o papel do psicólogo hospitalar é fundamental nesses casos, pois contribui para a resignificação e elaboração do luto, em que proporciona um bem estar para esta mulher evitando surgimento de complicações maiores em sua saúde mental. Ademais, ele atua interagindo com a equipe multiprofissional favorecendo um atendimento mais humanizado e efetivo.

Além do suporte oferecido às pacientes enlutadas, os resultados evidenciam que também faz parte da função do psicólogo hospitalar, contribuir na mediação entre a equipe de saúde e os familiares, na prevenção de psicopatologias e no suporte emocional aos próprios profissionais de saúde, promovendo um cuidado mais amplo e humanizado.

Levando em consideração os impactos ocasionado por perda gestacional e natimorto e a importância do papel do psicólogo no contexto hospitalar para essas demandas, torna-se relevante discutir as formas de luto que essa mulher pode vivenciar diante da perda.

Segundo Franco (2021), o luto é um processo dual, vivenciado de forma diferente por cada sujeito, sendo, portanto, uma experiência única e individual, em que ela oscila entre o enfrentamento da perda e o processo de restauração. Além disso, essa vivência é essencial para a sua reestruturação emocional e elaboração da perda (Carvalho; Santana; Alexandria Junior, 2025).

Diante disso, o luto pode se manifestar de diferentes formas, variando conforme a experiência individual e o contexto da perda. Entre essas formas temos, o luto normal, que se refere a uma reação natural do corpo do indivíduo mediante a perda ou rompimento de um vínculo, sendo um processo necessário para a elaboração da perda (Saciloti; Bombarda, 2022). O luto antecipatório que ocorre quando há um diagnóstico inesperado que ocasiona alterações significativas na vida do sujeito, levando-o a vivenciar um luto antes da perda afetiva (Franco, 2021).

O transtorno do luto complexo persistente, caracteriza-se pela prevalência intensa do luto mesmo após 12 meses da perda, apresentando reações graves de luto, como tristeza profunda, pensamentos suicidas e crises de choro frequente, a ponto de interferir no cotidiano da pessoa (American Psychiatric Association, 2014).

O luto complicado, em que cabe destacar que há diferentes perspectivas sobre sua definição. Uma delas sugere que, apesar da complexidade desse tipo de luto, ela não deve ser considerada como um diagnóstico de transtorno mental. Porém, a outra definição descreve que o luto complicado se caracteriza pela sua intensidade e duração prolongada, em que foge do normal, causando prejuízos sociais e emocionais ao enlutado (Franco, 2021).

Diferentemente do luto complicado, o prolongado exige suporte profissional, pois seus impactos emocionais são graves, podendo ser até mais do que transtornos de ansiedade e depressão (Lichtenthal; Cruess; Prigerson, 2004 *apud* Franco, 2021).

O luto coletivo, que envolve rituais e cerimônias públicas, em que diversas pessoas visitam o falecido e até mesmo pessoas que não o conhecem, elas participam pelo senso de coletividade e respeito pelo significado da cerimônia. (Franco, 2021).

O luto não reconhecido, refere-se ao luto não validado pela sociedade, em que o sujeito enlutado o vivencia de forma silenciosa, sem nenhum suporte social (Casellato, 2020). Por fim, o luto perinatal, que é definido como o processo de enfrentamento e elaboração do luto decorrente do óbito fetal ou natimorto (Iaconelli, 2007 *apud* Dumitru; Camargo; Cardoso, 2024).

Diante da discussão entre os autores sobre as diferentes formas de luto, é possível identificar como elas se manifestam em casos de perda gestacional e natimorto. Um exemplo disso é o luto antecipado, vivenciado por mulheres que recebem o diagnóstico de malformação fetal, ou até a impossibilidade de manter a gestação.

Além disso, na perda gestacional e natimorto é experienciado com frequência o luto não reconhecido, pois a sociedade tende a minimizar ou invalidar esse sofrimento com frases, como por exemplo “*você pode tentar novamente*” ou “*pelo menos você não chegou a conhecê-lo*”, “*Você é muito jovem, já já tem outro*” dificultando, assim, a elaboração do luto.

Já o luto perinatal está diretamente relacionado a esse contexto, pois se refere ao processo de enfrentamento e elaboração da perda por óbito fetal ou natimorto. Esse tipo de luto pode ser intensificado pela falta de rituais de despedida formais e pelo impacto emocional na mulher e em sua rede de apoio.

Sobre as demais formas de luto, trata-se de uma experiência subjetiva, influenciada pela rede de apoio, pelos profissionais de saúde e pela sociedade. O luto não é apenas individual, mas também cultural e social. Logo, a maneira como a mulher vivencia o seu luto está relacionada à forma como a sociedade reage. Além disso, a rede de apoio e os profissionais de saúde desempenham um papel significativo nesse processo, pois a depender da sua conduta podem dificultar ou facilitar o processo de elaboração (Franco, 2021).

Levando em consideração que essas mulheres enlutadas são atendidas no contexto hospitalar, torna-se relevante identificar como se dá a conduta dos profissionais de saúde em perda gestacional e natimorto.

Durante a realização dos estudos, identificou-se que os profissionais de saúde apresentam diversas formas de condutas diante da perda perinatal. Segundo o estudo realizado por Ferreira *et al.* (2021), os profissionais também são afetados emocionalmente, apresentando sentimentos de empatia, choro, tristeza e solidariedade. No entanto, por conta disso, tendem a manter uma postura distante da paciente. Além do mais, o estudo apresenta que médicos ginecologistas do sexo masculino costumam prescrever tranquilizantes para acalmar as pacientes.

Mincov, Freire e Moraes (2022) destacam que os profissionais de saúde, tendem a ter uma conduta mecanizada, focando apenas em aspectos médicos da perda. Em relatos dos parceiros, observou-se que os profissionais de enfermagem demonstram atitudes de indiferença, utilizando linguagem impessoal e pouca empatia, ademais, utilizam terminologias que dificultam a compreensão dos pais.

De acordo com Nishihara, *et al.* (2021), a postura dos profissionais varia conforme o tempo de gestação. Em que, quando a perda ocorre precocemente, como no primeiro trimestre de gestação, os profissionais têm uma postura indiferente, agindo como se a perda não fosse significativa, não dando importância.

Mincov, Freire e Moraes (2022) também ressaltam a ausência de um espaço adequado para acolher essas mulheres nos serviços de saúde. No qual, segundo Moraes *et al.* (2023) essas pacientes são inseridas no mesmo espaço que as mães de recém-nascidos.

Apesar desses relatos negativos, outro grupo de participantes expressou satisfação com o atendimento da equipe de saúde. Pois, os profissionais validaram e reconheceram a dor da paciente, preocupando-se em preparar um espaço adequado e disponibilizaram pessoas para ouvi-las e acolher nesse momento delicado (Moraes *et al.*, 2023).

Um estudo realizado por Gonçalves, Monteiro e Barros (2024) revelou que diversas famílias relataram que não receberam informações adequadas por parte dos profissionais, assim como também não demonstraram cuidado e atenção com a demanda.

Vescovi e Levandowski (2023) destacam que, em uma pesquisa realizada com casais, foi identificado a ausência de comunicação eficaz no momento da perda. Os profissionais desvalorizaram a perda do casal e violaram os seus direitos, e ainda utilizaram frases como “*isso é algo normal*”, invalidando assim, os seus sentimentos e sua dor.

Já no estudo realizado por Brigagão, Gonçalves e Silva (2021), que teve como participantes os próprios profissionais de saúde, observou-se que a conduta adotada com frequência é a medicamentosa, com o intuito de acalmar a paciente. Os profissionais também relataram manter uma postura distante, limitando-se aos procedimentos técnicos. Além disso, identificou-se que, em alguns casos, os profissionais impedem as mães de passarem um tempo com o bebê, sendo este rapidamente levado ao necrotério, sem espaço para um momento de despedida.

Diante dos relatos apresentados, compreende-se que os profissionais de saúde demonstram dificuldades significativas no manejo de situações relacionadas à perda gestacional e natimorto. Observa-se, com frequência, uma postura indiferente e distante por parte desses profissionais, que pode dificultar o processo de elaboração do luto. Por outro lado, também foram identificadas condutas empáticas e atenciosas, que contribuem positivamente para o enfrentamento da perda.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho foi desenvolvido com o intuito de responder questões relacionadas à perda gestacional e ao natimorto. Para isso, investigaram-se os impactos que essas perdas podem ocasionar em mulheres enlutadas, a forma como os profissionais de saúde conduzem essas demandas no contexto hospitalar e qual é o papel e a função do psicólogo nesse processo.

Com base nas pesquisas realizadas, foi possível identificar a importância da atuação do psicólogo hospitalar em casos de perda gestacional e natimorto. Pois, esse profissional desempenha um papel fundamental ao oferecer uma escuta ativa, empática e acolhedora, proporcionando às pacientes um espaço humanizado de cuidado e acolhimento, o que favorece a elaboração e a ressignificação do luto. Assim, reafirma-se a relevância do psicólogo hospitalar na assistência às mulheres que vivenciam esse tipo de perda, contribuindo para um processo de cuidado mais sensível, ético e humanizado.

Além disso, a pesquisa evidenciou diferentes formas de conduta por parte dos profissionais de saúde. Alguns demonstram empatia e atenção diante da perda, mostrando-se sensível à dor e ao sofrimento dessas mulheres. Entretanto, observou-se também uma postura indiferente, distante, fria e mecanicista por parte de outros profissionais.

Essa postura, em alguns casos, é uma forma de proteção emocional, pois, alguns profissionais se sentem tocados pela dor da paciente, experienciando sentimentos de tristeza e empatia, e, como forma de defesa, optam por se distanciar. Diante disso, compreende-se a

importância de trabalhar as questões emocionais desses profissionais, assim como a necessidade de capacitação e aprimoramento da equipe de saúde para promover um atendimento mais humanizado e sensível com essas demandas.

Com base nos achados, evidencia-se também que a perda gestacional e o natimorto ocasionam impactos emocionais significativos nas mulheres. No qual, elas vivenciam emoções intensas como medo, raiva, agressividade e ansiedade, além de sentimentos de culpa, tristeza, angústia, frustração e desmotivação. Além disso, ao vivenciar essa perda a mulher pode desenvolver transtornos, como ansiedade, depressão e TEPT. Diante disso, sugere-se a realização de mais pesquisas sobre o tema, com o intuito de ampliar a compreensão dos impactos vivenciados por essas mulheres, que tanto sonharam com a maternidade.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Revisão técnica de Aristides Volpato Cordioli et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. xlv, 948 p. ISBN 978-85-8271-088-3. Disponível em: https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf. Acesso em: 29 mar. 2025.
- ANGERAMI-CAMON, V. A; TRUCHARTE, F. A. R; KNIJNIK, R. B; SEBASTIANI, R. W. **Psicologia hospitalar : teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010., 2010. ISBN 978-85-221-0794-0.
- ANTONUCCI, A. T; CANDIDO, I. P. S; NETO, A. R; SCHIAVINI, M; LEHMANN, M. F; SGANZERLA, A; SIQUEIRA, J. E. Morte, diagnóstico e evento. **Revista Bioética**, v. 31, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233356PT>. Acesso em: 28 set. 2024.
- ASSIS, F. E. DE; FIGUEIREDO, S. E. F. M. R. DE. A atuação da Psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. **Psicologia argumento**, v. 37, n. 98, p. 501, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.37.98.AO06>. Acesso em: 23 out. 2024.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: ed. 70, 2016.
- BELFORT, L. R. M; SOUSA, L. T. L; ALENCAR, A. A. C; DE SOUZA, F. E. X; PEREIRA, A. R. V. L; SANTOS, M. C; FAUSTINO, P. M. L. S; CRUZ, M. W. S; ROCHA, T. A; MELO, D. E. B. Sistematização da assistência de enfermagem no processo de gestar: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6262>. Acesso em: 26 set. 2024.
- BLEICHER, L.; BLEICHER, T. Esse tal de SUS. Em: Saúde para todos, já! [s.l.] **EDUFBA**, p. 15–40, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220051.0003>. Acesso em: 13 out. 2024.
- BORGES, C. DE C. Mudanças nas trajetórias de vida e identidades de mulheres na contemporaneidade. **Psicologia em estudo**, v. 18, n. 1, p. 71–81, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/9n7Jq6DBZsVsNMfg7SGqhBS/>. Acesso em: 21 set. 2024.
- BOUSSO, R. S. A complexidade e a simplicidade da experiência do luto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. VII–VIII, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300001>. Acesso em: 22 out. 2024.
- BOWLBY, John. **Apego e perda, v. 3: Perda: tristeza e depressão**. Harmondsworth: Penguin, 1981.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 22 de setembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Regulação Assistencial e Controle. **Módulo 4: Regulação das Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: [s.n.], 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 18 out. 2024.

BRIGAGÃO, J. I. M.; GONÇALVES, R.; SILVA, B. M. C. DA. A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS PARTOS DE NATIMORTOS. **Psicologia & sociedade**, v. 33, p. e235676, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/dvFVRbGhnzxMsMzdKsGjqbz>. Acesso em 14 abr. 2025.

CARVALHO, M. V. G., SANTANA, S. D. F., & ALEXANDRIA JUNIOR, P. de T. M. (2021). Aspectos relacionados ao luto perinatal. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, 105–123. Disponível em: <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/luto-perinatal>. Acesso em: 29 mar. 2025.

CASELLATO, G. **Luto por perdas não legitimadas na atualidade**. [s.l.] Summus Editorial, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf. Acesso em: 9 mar. 2025.

DA FONSECA, B. S; DE SOUZA, V. S; DA SILVA, A. Q; CHRISTINELLI, H. C. B; COSTA, M. A. R; FERNANDES, C. A. M; BATISTA, T. O. F. ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/44801/34112>. Acesso em: 14 out. 2024.

DE ALBUQUERQUE, I. R. F; FILHO, G. N. A; MELO, D. J. S; CERYNO, B. B; POL-FACHIN, L. Relação entre perda gestacional e o desenvolvimento de episódio depressivo /

Relationship between pregnancy loss and development of depression. Brazilian Journal of Development, v. 8, n. 5, p. 36661–36673, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/47911/pdf>. Acesso em: 13 set. 2024.

DUMITRU, G. P., CAMARGO, A., CARDOSO, G. F., & KUSS, A. S. S. (2024). Luto materno perinatal: quando um sonho vira saudade. *Revista Psicologia Diversidade e Saúde*, 13, e5784. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5784>. Acesso em: 29 mar. 2025.

ERDMANN, A. L.; DE ANDRADE, S. R.; DE MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, v. 21, p. 131–139, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cbBdJkRpWnv74KRLYDsjqcB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2024.

FERRARO, A. P. **O sofrimento psíquico e suas implicações diante da perda gestacional**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia Hospitalar) – Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/997290/pap_ferraroap_2019.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

FERREIRA, R. DE S. A. *et al.* Assistência dos profissionais de saúde em situação de perda gestacional: revisão integrativa. *REME*, v. 25, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remede/article/view/55029>. Acesso em: 11 Abr. 2025.

FRANCO, M. H. P. **O luto no século 21: Uma compreensão abrangente do fenômeno**. 1. ed. São Paulo: Summus Editorial Ltda, 2021.

FREIRE, M. M. N. de O.; RIBEIRO, J. M.; GOMES, I. E. V. e M.; RÜCKL, S. C. Z.; NUNES, M. A. A.; RIBEIRO, C. C.; SILVA, A. G. da.; RENNÓ JUNIOR, J. Luto perinatal e o impacto na saúde mental parental: uma revisão narrativa. *Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1–21, 2024. DOI: 10.25118/2763-9037.2024.v14.1350. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/1350>. Acesso em: 8 maio. 2025.

GIL, A. C. **Como Fazer Pesquisa Qualitativa**. Rio de Janeiro: Atlas, 2021. E-book. pág.16. ISBN 9786559770496. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559770496/>. Acesso em: 26 out. 2024.

_____. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Atlas, 2022. E-book. pág.40. ISBN 9786559771653. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559771653/>. Acesso em: 26 out. 2024.

GONÇALVES, M. F. S. C.; MONTEIRO, L. F.; BARROS, G. M. Lutos diversos e impactos emocionais na gestação com diagnóstico de mola hidatiforme. *Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 12, n. 4, p. e7449, 2024. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/7449>. Acesso em: 14 abr. 2025.

LAGUNA, T. F. DOS S.; LEMOS, A. P. S.; FERREIRA, L.; GONÇALVES, C. S. O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e5210615347, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15347/13777>. Acesso em: 23 out. 2024.

LEMOS, G. X. DE; WIESE, Í. R. B. Saúde Mental e Atuação De Psicólogos Hospitalares Brasileiros na Pandemia da Covid-19. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003250675>. Acesso em: 10 mar. 2025.

MARQUES, B. L.; TOMASI, Y. T.; SARAIVA, S. S.; BOING, A. F.; GEREMIA, D. S. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0098>. Acesso em: 27 set. 2024.

MINCOV, B. M.; DE SOUZA FREIRE, M. H.; DA ROCHA LAGE MORAES, S. A ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE PERDA FETAL E ABORTO: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 16, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.253023>. Acesso em 11 abr. 2025.

MORAES, Y. B. *et al.* Perda gestacional e Luto de mulheres com trombofilia: Implicações para o cuidado das equipes de saúde. **Hematology, transfusion and cell therapy**, v. 45, p. S923, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2531137923018369?via%3Dihub>. Acesso em: 12 abr. 2025.

MOREIRA, E. F. da C. M.; RAMOS, A. L.; VASCONCELOS, F. Ércio C. de; FONSECA, M. R.; BARRETO, R. A.; ARRUDA, S. F.; SOUSA, A. D. O.; SILVA, P. A. A.; CASTRO, L. B.; MENDES, J. A. B.; NEVES, L. B.; FONSECA, M. R.; BORGES, S. R. V.; ALMEIDA, M. P.; FULY, J. S. IMPACTO PSIQUIÁTRICO DO ABORTO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER GINECOLÓGICO. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 11, p. 4297–4323, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n11p4297-4323. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/4573>. Acesso em: 8 maio. 2025.

NAÇÕES UNIDAS. Uma mulher grávida ou recém-nascida morre a cada 7 segundos, diz novo relatório da ONU. UN News, 2023. Disponível em: <https://news.un.org/en/story/2023/05/1136457>. Acesso em: 20 set. 2024.

NASCIMENTO, N. G. D.; ROCHA, M. A. Algumas contribuições Da psicologia Nas estratégias DE enfrentamento Da perda e Morte / *some contributions of psychology in the strategies for coping with loss and death*. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 92156–92170, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/20500/16389>. Acesso em: 28 set. 2024.

NISHIHARA, R. M. *et al.* Avaliação do luto familiar na perda gestacional e neonatal. **Medicina (Ribeirão Preto Online)**, v. 54, n. 1, p. e174765, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.174765>. Acesso em: 12 abr. 2025.

NOBREGA, A. A; MENDES, Y. M. M. B; MIRANDA, M. J; SANTOS, A. C. C; LOBO, A. P; PORTO, D. L; FRANÇA, G. V. A. Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wigglesworth modificada. **Cadernos de saúde pública**, v. 38, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00003121>. Acesso em: 14 set. 2024.

OLIVEIRA, A. W. N. DE; PONTES, M. T. C. M; ARAÚJO, C. C. DE; MELLO, F. S; SOUZA, L. C. DE; REIS, R. S; SOUZA, R. F. DE; OLIVEIRA, T. N. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AS MÃES DE FILHO NATIMORTO: PERCEPÇÕES E VISÃO DA MORTE / NURSING ASSISTANCE THE SON OF MOTHERS STILLBIRTH: PERCEPTIONS AND DEATH OF VISION. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 102086–102101, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22157/17704>. Acesso em: 22 out. 2024.

PANCINO, C.; SILVERIA, L. “Pequeno demais, pouco demais”. A criança e a morte na Idade Moderna. **Cadernos de História da Ciência**, v. 6, n. 1, p. 179–212, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.47692/cadhistcienc.2010.v6.35787>. Acesso em: 14 set. 2024.

PARIS, G. F.; MONTIGNY, F. DE; PELLOSO, S. M. Professional practice in caring for maternal grief in the face of stillbirth in two countries. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 74, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0253>. Acesso em: 14 set. 2024.

PARKES, C. M. **Luto: Estudos Sobre A Perda Na Vida Adulta**. [s.l.] Ed. Summus., 1998.

PASCOTI, F. R.; PAIVA NETO, J. R.; MENDES, A. C. DE A. Atenção em Saúde. (F. R. Pascoti, J. R. Paiva Neto, A. C. de A. Mendes, Eds). **Luminus Editora**, São Luís - Maranhão, 23 dez. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29327/5138039>. Acesso em: 12 out. 2024.

RODRIGUES, D. B; BACKES, M. T. S; DELZIOVO, C. R; SANTOS, E. K. A. DOS; DAMIANI, P. R; VIEIRA, V. M. Complexidade do cuidado da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 43, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210155.pt>. Acesso em: 14 out. 2024.

SACILOTI, IP; BOMBARDA, TB. Abordagem ao luto: aspectos exploratórios sobre a assistência de terapeutas ocupacionais. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. e3264, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO249532641>. Acesso em: 29 mar. 2025.

SANTOS, L. DA S.; DINIZ, G. R. S. Donas de casa: classes diferentes, experiências desiguais. **Psicologia clínica**, v. 23, n. 2, p. 137–149, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652011000200009>. Acesso: 21 set. 2024.

SANTOS, T. C. DOS; LISBOA, W. Prática psicodramática no contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 30, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/psicodrama.v30.593>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 137–150, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100008>. Acesso em: 21 set. 2024.

SERAFIM, T. C; CAMILO, B. H. N; CARIZANI, M. R; GERVASIO, M. DE; CARLOS, D. M; SALIM, N. R. *Attention to women in situation of intrauterine fetal death: experiences of health professionals*. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 42, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200249>. Acesso em: 14 set.2024.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciencia & saude coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187–192, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016>. Acesso em: 26 out. 2024.

SERRA, S. C; CARVALHO, C. A. DE; BATISTA, R. F. L; THOMAZ, E. B. A. F; VIOLA, P. C. A. F; SILVA, A. A. M. DA; SIMÕES, V. M. F. Fatores associados à mortalidade perinatal em uma capital do Nordeste brasileiro. **Ciencia & saude coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1513–1524, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.07882021>. Acesso em: 22 out. 2024.

SILVA, E. A. DA; ALMEIDA, S. S. C. Mulher e trabalho no mundo contemporâneo: a conquista do espaço e as implicações para o processo saúde-doença * *Woman and work in the contemporary world: space conquest and implications for health-disease process*. **História e Cultura**, Franca, v. 6, n. 3, p. 306, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18223/hiscult.v6i3.2019>. Acesso em: 21 set. 2024.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia: o mapa da doença**. 8. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016. ISBN 978-85-8040-701-3.

TOMAZ, R. Feminismo, maternidade e mídia: relações historicamente estreitas em revisão. **Galáxia (São Paulo)**, n. 29, p. 155–166, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-25542015120031>. Acesso em: 21 set. 2024.

VALLE, P. R. D.; FERREIRA, J. D. L.. ANÁLISE DE CONTEÚDO NA PERSPECTIVA DE BARDIN: CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES PARA A PESQUISA QUALITATIVA EM EDUCAÇÃO . **Educação em Revista**, v. 41, p. e49377, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-469849377>. Acesso em: 10 mai.2025.

VESCOVI, G.; LEVANDOWSKI, D. C. Percepção Sobre o Cuidado à Perda Gestacional: Estudo Qualitativo com Casais Brasileiros. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 43, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003252071>. Acesso em: 13 set. 2024.