

# LUTO NÃO RECONHECIDO: RELATO DE MULHERES QUE SOFRERAM ABORTO ESPONTÂNEO NO INÍCIO DA GRAVIDEZ

*UNRECOGNIZED GRIEF: NARRATIVE OF WOMEN'S EXPERIENCES  
WITH EARLY PREGNANCY MISCARRIAGE*

Bárbara de Souza Villar<sup>1</sup>;  
Ellen Caroline Furlan Nogueira<sup>2</sup>;  
Mirelle Martins Coelho Sgobbi<sup>3</sup>;  
Stefany Pereira Cardoso Farbi<sup>4</sup>.  
Juliana Batista Fitaroni<sup>5</sup>

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender, a partir das narrativas de mulheres que sofreram aborto espontâneo no primeiro trimestre gestacional, os aspectos biopsicossociais vivenciados por elas e as maneiras de enfrentamento do luto, bem como a relação com os profissionais de saúde, a família e a sociedade ao lidar com a perda. Para isso, foi realizada uma pesquisa com cinco entrevistas semiestruturadas com mulheres que passaram pelo aborto espontâneo no início da gravidez e frequentam a associação “Mães de Anjo Mato Grosso”. O material coletado foi explorado por meio da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Observou-se que, para as participantes, o luto perinatal é um processo contínuo e diário. Explorar essa temática se mostrou importante para evidenciar as condições psicológicas que essas mulheres enfrentam diante do aborto espontâneo, como culpa, medo, vergonha, julgamentos e invisibilidade, que são presentes e frequentes no processo de luto das entrevistadas. A maioria das enlutadas não teve suporte psicológico para o enfrentamento do luto, mas reconheceram que as psicólogas são importantes facilitadoras e sentiram falta desse cuidado emocional. Dessa forma, torna-se necessária a presença de elementos que contribuam para uma reflexão sobre o desempenho e a postura dos profissionais, familiares e sociedade, já que as participantes evidenciaram que o acolhimento, a empatia e a compreensão são fundamentais para um bom atendimento dos profissionais de saúde e uma boa relação com as pessoas com quem convivem após a vivência de uma perda difícil e dolorosa como a de um filho.

**Palavras-Chave:** Aborto Espontâneo. Luto não reconhecido. Psicologia.

## ABSTRACT

The present study aimed to understand, through the narratives of women who experienced spontaneous abortion in the first trimester of pregnancy, the biopsychosocial aspects they went through and their ways of coping with grief, as well as their relationship with healthcare professionals, family, and society in dealing with the loss. To this end, research was conducted with five semi-structured interviews with women who experienced spontaneous abortion early in their pregnancy and attend the association “Mães de Anjo Mato Grosso.” The collected material was analyzed using Laurence Bardin's Content Analysis. It was observed that, for the participants, perinatal grief is a continuous and daily process. Exploring this theme proved important to highlight the psychological conditions these women face following a spontaneous abortion, such as guilt, fear, shame, judgment, and invisibility, which are present and frequent in the grief process of the interviewees. Most of the grieving women did not receive psychological support for coping with grief, but they recognized that psychologists are important facilitators and felt the lack of this emotional care. Thus, it becomes necessary to include elements that contribute to a reflection on the performance and attitudes of professionals, family members, and society, as the participants highlighted

---

<sup>1</sup> Graduanda de Psicologia do UNIVAG. E-mail para correspondência: [barbara.villar.1108@gmail.com](mailto:barbara.villar.1108@gmail.com)

<sup>2</sup> Graduanda de Psicologia do UNIVAG. E-mail para correspondência: [ellen\\_carolinefurlan@hotmail.com](mailto:ellen_carolinefurlan@hotmail.com)

<sup>3</sup> Graduanda de Psicologia do UNIVAG. E-mail para correspondência: [mirelle\\_mc@hotmail.com](mailto:mirelle_mc@hotmail.com)

<sup>4</sup> Graduanda de Psicologia do UNIVAG. E-mail para correspondência: [stefanyfarbi@hotmail.com](mailto:stefanyfarbi@hotmail.com)

<sup>5</sup> Professora Mestra e Orientadora do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). E-mail para troca de correspondência: [juliana.fitaroni@univag.edu.br](mailto:juliana.fitaroni@univag.edu.br)

that support, empathy, and understanding are fundamental for good healthcare service and a positive relationship with the people they interact with after experiencing a difficult and painful loss like that of a child.

**Keywords:** Spontaneous Abortion. Unrecognized grief. Psychology.

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda um estudo sobre os aspectos biopsicossociais de mulheres que passaram pelo aborto espontâneo no início da gestação, trazendo, a partir de narrativas, os aspectos psicológicos vivenciados por elas e as maneiras de enfrentamento do luto, bem como o modo como vivenciaram a relação com os profissionais de saúde e familiares no momento da perda.

O aborto espontâneo é definido como a expulsão ovular antes de completar 22 semanas de gestação e com produto da concepção pesando menos que 500 gramas. É a perda mais comum e sua prevalência varia de 15 a 27% em mulheres entre 25 a 29 anos, aumentando para 75% em idade superior a 45 anos, o risco eleva-se nas mulheres com aborto prévio (Ministério da Saúde, 2010). Apesar de grande parte dos abortos serem resolvidos espontaneamente, em alguns casos podem ser necessárias intervenções médicas ou cirúrgicas para prevenir possíveis complicações maternas, como infecção, hemorragia, choque hipovolêmico e até mesmo óbito (Arcanjo et al., 2011).

Os abortamentos podem ser classificados em: a) ameaça de abortamento: a mulher deve ser orientada a ficar em repouso, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relações sexuais durante a perda sanguínea e retornar ao atendimento de pré-natal; b) abortamento completo: ocorre a expulsão completa do material ovular sem necessidade de intervenções; c) abortamento inevitável/incompleto: há a saída de coágulos ou de restos ovulares, sendo indicada a aspiração manual intrauterina (AMIU) por ser mais segura e permitir o esvaziamento mais rápido.

Quando não for possível empregar essa técnica, realiza-se a curetagem uterina; d) abortamento retido: não há perda sanguínea, e o exame de ultrassom revela a ausência de sinais vitais ou a presença de saco gestacional sem embrião. Nestes casos, pode ser tratado com medicações ou empregando a técnica de AMIU; e) abortamento infectado: está associado à manipulação da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras. São casos graves e devem ser tratados independentemente da vitalidade do feto; f) abortamento habitual: caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana; e g) abortamento eletivo previsto em lei: são casos em que há indicação de interrupção da gestação, coerente com a legislação vigente, ou seja, quando a gravidez representa risco de vida para a gestante, quando a gravidez é resultado de um estupro ou se o feto for anencéfalo (Ministério da Saúde, 2010).

A perda de uma gravidez desejada pode acarretar muita dor e sofrimento para a mulher que estava gestando, especialmente pelo fato de criar uma idealização de seu filho. Esperar um filho é um dos acontecimentos mais importantes da vida da mulher quando a gravidez é desejada. Associada à gravidez, está a expectativa do sucesso da mesma, levando os pais a fazer planos, como escolher o nome, montar o enxoval, o quarto e pensar no futuro a partir desta novidade. No entanto, o momento também pode não ter o desfecho esperado, visto que uma interrupção natural, involuntária e inesperada da gestação pode acontecer (Camarneiro; Justo, 2010; Camarneiro, 2011).

Nessa direção, Wool e Catlin (2018) ressaltam a importância de considerar os aspectos emocionais da mulher quando enfrenta a perda, pois, independentemente da idade gestacional do feto, a mãe pode desenvolver um forte vínculo emocional, e a perda precoce durante a gestação pode trazer consequências emocionais significativas. Tristeza, choque, frustração, isolamento, pesar, culpabilização, raiva, ansiedade e vergonha são alguns dos sentimentos que costumam ser vivenciados. Além disso, quando o aborto espontâneo acontece mais de uma vez, esses sentimentos podem se intensificar, gerando frustração e angústia (Volgsten et al., 2018). Entretanto, é importante ressaltar que não é só a mulher que sofre com a perda, mas todos os familiares são afetados de alguma forma, inclusive o parceiro (Carvalho; Meyer, 2007).

É importante destacar que, no Brasil, é obrigatório emitir declaração de óbito (DO) e realizar o sepultamento ou cremação apenas em caso de morte fetal com idade gestacional superior ou igual a 22 semanas e/ou pesando mais de 500g. Ou seja, quando a perda gestacional ocorre no primeiro trimestre, a orientação do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina é que a DO não seja emitida (Brasil, 2009). Oliveira et al. (2022) apontam que a ausência do reconhecimento manifestado na DO é a negação de que existiu uma relação pessoal e, inclusive, a negação de que se pode sofrer pela perda de um filho durante a gestação. Não se trata de mera formalidade, mas sim de reconhecimento social de algo que existe e precisa ser vivenciado.

Conforme Arantes (2016), o luto é o processo que sucede o rompimento de um vínculo significativo. Cada sujeito passa por esse processo de forma única, de acordo com sua história de vida, cultura, valores e crenças, além disso, é um processo complexo e varia muito quanto à sua duração, de indivíduo para indivíduo. Entretanto, muitas vezes o luto após um aborto espontâneo não é elaborado. Freitas e Barros (2015) apontam que, quando a mulher perde o bebê na fase inicial da gestação, gera um grande impacto para os pais, especialmente a mãe, pois é ela quem vivencia diretamente esse processo em função das transformações corporais.

Nessa perspectiva, a mãe ainda terá de enfrentar o procedimento para a retirada do feto, o qual pode ser extremamente invasivo.

O luto gestacional é, por muitas vezes, silenciado e invisibilizado. Nos casos de abortamento em estágios iniciais da gravidez, ocorre uma desvalidação e silenciamento do luto, visto que, socialmente, o luto pela perda de uma gravidez inicial não é aceito ou reconhecido. Isso ocorre porque a gestação inicialmente não é visível e o corpo da mulher não passou por todas as mudanças físicas típicas da gravidez, dificultando a elaboração e o processamento do luto. Essa falta de reconhecimento e apoio pode agravar o sofrimento emocional do casal que passa por essa perda, tornando o processo de luto ainda mais difícil de ser vivenciado (Faria-Schutzer et al., 2014).

Muitas vezes, o luto não é reconhecido pelos familiares por não se ter algo visível para comprovar a perda. Sousa e Muza (2011) apontam que, nesses casos, não se considera o feto como um bebê em si e não se incentiva um espaço para elaboração simbólica deste momento. Os autores ressaltam que é comum que as pessoas tentem silenciar e conter o sofrimento da mulher, desconsiderando o luto materno ou minimizando sua dor mediante tentativas de convencimento, como "logo você terá outro filho". Assunção e Tocci (2003) corroboram que tais atitudes minimizam o suporte biopsicossocial a ser oferecido à mulher que poderia ajudá-la em seu luto.

Respeitar e validar as emoções de quem passa por uma experiência como essa é fundamental no processo de recuperação dessa perda. A equipe de saúde encarregada do atendimento e apoio às mulheres e homens nessa fase deve ser especializada e estar preparada para realizar um bom manejo tanto com a mãe quanto com o pai. Essas interações com os profissionais da saúde podem influenciar positiva ou negativamente na experiência vivenciada durante o aborto espontâneo, visto que, quando as experiências são seguras e de satisfação após um aborto, as chances de desenvolver depressão, ansiedade, traumas, problemas perinatais e luto são reduzidas (Lee et al., 2023). De acordo com Pauletti et al. (2018), a empatia é uma ferramenta para essa mudança na forma de atendimento das equipes médicas.

Em relação à empatia, Rogers (2001) define que se pode falar de compreensão empática quando se vai além de um entendimento exterior sobre os pensamentos e sentimentos da outra pessoa, chegando a compreendê-la de dentro. Isso implica a sensibilização do profissional pelo relato do cliente, a apreensão e a compreensão de seus estados internos, sem fazer nenhum julgamento de valor sobre a subjetividade do outro. A associação entre os sentimentos gerados durante os episódios empáticos e os níveis de desenvolvimento sociocognitivo provoca mudanças na forma como os indivíduos experienciam a empatia. Com base nisso, foram

apresentados dados relevantes sobre os momentos vivenciados por essas mulheres em que foram negligenciadas e desconsideradas nos cuidados maternos.

Desse modo, o presente trabalho teve por objetivo analisar e compreender, a partir de narrativas de mulheres que sofreram aborto espontâneo no primeiro trimestre gestacional e que fazem parte do grupo “Mães de Anjos MT”, os aspectos psicológicos vivenciados por elas e as maneiras de enfrentamento do luto, bem como o modo como vivenciaram a relação com os profissionais de saúde e seus familiares no momento e após a perda.

Para essa finalidade, foi realizada uma pesquisa em campo que proporcionou um contato direto com o objeto de estudo, as mulheres mencionadas, buscando observar e coletar dados importantes para a análise dos processos vivenciados por elas, que foi o foco do presente estudo. Foram realizadas cinco entrevistas semi-estruturadas, que posteriormente foram transcritas e analisadas com base na Análise de Conteúdo de Bardin (2011).

## **2 MÉTODO**

A presente pesquisa é um estudo de abordagem qualitativa, de natureza exploratório-descritiva e de corte transversal. O delineamento foi do tipo estudo de casos, visando explorar um fenômeno dentro do seu contexto de realidade a partir de visões de mundo por meio de particularidades (Gil, 1996). Este trabalho foi desenvolvido por meio de cinco entrevistas semiestruturadas, devido à flexibilidade para explorar temas emergentes, permitindo que as participantes desenvolvessem suas respostas de forma mais livre e dinâmica. As entrevistas foram realizadas online, gravadas e transcritas pelas autoras do trabalho com mulheres que fazem parte do grupo “Mães de Anjos do Mato Grosso” e que perderam o filho no primeiro trimestre gestacional, visando compreender, através da análise dos dados coletados, os aspectos biopsicossociais vivenciados por elas e as maneiras de enfrentamento do luto, bem como a relação com os profissionais de saúde, a família e a sociedade no momento da perda.

Inicialmente, seriam realizadas dez entrevistas semiestruturadas. No entanto, devido ao atraso na aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e a uma fatalidade ocorrida no estado de Mato Grosso envolvendo o falecimento de um recém-nascido, que mobilizou o grupo “Mães de Anjos de MT”, o número de entrevistas precisou ser reduzido para cinco. Essa notícia trágica abalou profundamente essas mulheres, sensibilizando-as com o ocorrido. Diante dessa situação, optou-se por encerrar o processo de entrevistas após a quinta participante, pois não seria ético invadir ou intensificar o sofrimento dessas mulheres ao relembrar seu processo de aborto, como estava sendo expresso no grupo.

Seguindo os preceitos éticos previstos nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde de número 466 de dezembro de 2012 e de número 510 de abril de 2016, a pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Várzea Grande, com o número de CAAE: 77551824.0.0000.5692 e o número do parecer: 6.748.892. Na seleção das participantes, utilizaram-se como critérios de inclusão mulheres que, além de participarem do grupo “Mães de Anjos do MT”: 1) atingiram a maioridade civil e são maiores de 18 anos; 2) sofreram aborto no primeiro trimestre gestacional; e 3) passaram pela perda gestacional há mais de um ano. Não participaram desta pesquisa mulheres menores de 18 anos, que sofreram aborto no segundo ou terceiro trimestre gestacional e que tiveram a perda recente.

Antes de iniciar as entrevistas, as participantes foram informadas sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e só após a leitura, compreensão e assinatura do mesmo, foram realizadas as entrevistas individualmente. A duração média das entrevistas foi de 28 minutos, com duração máxima de 1 hora e 5 minutos. Ao final de cada participação, foi feito o convite para assistirem à defesa do trabalho de conclusão de curso.

Como suporte teórico-metodológico, utilizou-se a Análise de Conteúdo através das narrativas. De acordo com Bardin (2011), a Análise de Conteúdo é compreendida como um conjunto de técnicas e instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados, tendo como principais funções a verificação de hipóteses e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos.

A Análise de Conteúdo pode abranger as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira fase, organizou-se o material a ser analisado conforme os objetivos e questões de estudo, definindo a unidade de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias. Para isso, foi necessária uma leitura do material, com o intuito de tomar contato com a estrutura e descobrir orientações para a análise, registrando impressões sobre a mensagem. A segunda fase consistiu em aplicar o que foi definido na fase anterior. Na terceira fase, tentou-se desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto, sem excluir as informações estatísticas, voltando-se para ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos analisados (Bardin, 2011).

Partindo dessa perspectiva, foi possível compreender as experiências vivenciadas por essas mulheres que passaram por uma perda gestacional no primeiro trimestre. Através das entrevistas e da análise dos dados coletados, foi possível apontar resultados importantes para a compreensão desse fenômeno, auxiliando na elaboração e produção de novos conhecimentos e entendimentos sobre o processo do luto no aborto espontâneo. Dessa forma, contribui-se para

possíveis mudanças na postura dos profissionais e das pessoas inseridas no meio social da mulher, tornando a experiência e o processo dela melhores

### 3 RESULTADOS

Os resultados apresentados são frutos da Análise de Conteúdo das transcrições das entrevistas realizadas com cinco participantes do grupo “Mães de Anjos MT”, composto por mulheres que sofreram aborto espontâneo no primeiro trimestre gestacional.

#### 3.1. Caracterização das participantes

Foram analisadas cinco entrevistas semiestruturadas com mulheres que vivenciaram o aborto espontâneo no primeiro trimestre gestacional. A questão da perda é abordada a partir da experiência de mulheres que vivenciaram a primeira perda ou perdas sucessivas, sem necessariamente discriminar os dois grupos.

**Participante 1:** 35 anos, passou por dois abortos espontâneos com curetagem, um aborto com cinco meses de gestação de um filho que nasceu morto em um parto normal, e uma gravidez saudável resultando no nascimento de um filho.

**Participante 2:** 41 anos, teve um aborto espontâneo na primeira gravidez, necessitando de intervenção médica para a retirada do feto devido a complicações.

**Participante 3:** 34 anos, passou por um aborto espontâneo sem precisar de nenhum procedimento para a retirada do feto.

**Participante 4:** 37 anos, também passou por um aborto espontâneo, optou inicialmente por não fazer curetagem, mas como não conseguiu expelir naturalmente, precisou fazer a curetagem para a retirada do feto.

**Participante 5:** 29 anos, teve duas gestações saudáveis e um aborto espontâneo, sem precisar de nenhum procedimento para a retirada, pois seu organismo expeliu o feto naturalmente por meio de intensos sangramentos.

#### 3.2 Características das temáticas

Diante do roteiro de perguntas norteadoras da entrevista, as participantes evidenciaram uma gama de percepções e sentimentos relacionados à sua vivência acerca da perda gestacional. Essas percepções e sentimentos foram apresentados e discutidos com base nas seguintes categorias (Figura 1).

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	TEMÁTICAS DE ANÁLISE
------------	---------------	----------------------

<b>1. REAÇÕES PROVOCADAS PELA PERDA</b>	1.1. ASPECTOS EMOCIONAIS	1.1.1. Insegurança 1.1.2. Medo 1.1.3. Culpa 1.1.4. Angústia 1.1.5. Dor 1.1.6. Vergonha 1.1.7. Tristeza
	1.2. ASPECTOS FISIOLÓGICOS	1.2.1 Sinais da Perda 1.2.2 Procedimentos 1.2.3 Complicações decorrentes do aborto
	1.3. IMPACTOS PSICOLÓGICOS	1.3.1. Mudança de comportamento 1.3.2. Trauma 1.3.3. Choro
<b>2. EXPERIÊNCIAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	2.1. EXPERIÊNCIAS POSITIVAS	2.1.1 Acolhimento
	2.2. EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS	2.2.1. Falas inconvenientes 2.2.2. Falta de acolhimento
<b>3. APOIO, FAMÍLIA E SOCIEDADE</b>	3.1. REAÇÃO DAS PESSOAS DIANTE DO ABORTO	3.1.1. Acolhimento 3.1.2. Julgamentos 3.1.3. Invisibilidade 3.1.4. Frases inconvenientes 3.1.5. Vida conjugal
<b>4. ENFRENTAMENTO DO LUTO</b>	4.1. LUTO COMO UM PROCESSO CONTÍNUO NA VIDA	4.1.1. Apoio psicológico 4.1.2. Espiritualidade/Religião 4.1.3. Ressignificar a perda 4.1.4. Luto compartilhado

**Figura 1.** Síntese das categorias e subcategorias da análise de dados das entrevistas realizadas na pesquisa:

### **Categoria 1: Reações provocadas pela perda**

A primeira categoria identificada nas entrevistas refere-se às reações ocasionadas durante o processo do aborto espontâneo. A perda de um filho pode gerar inúmeros sentimentos, sendo essencial compreender que cada processo é único. No entanto, existem reações comuns à maioria das mulheres, embora cada uma as experimente, identifique e processe de formas distintas.

#### **Subcategoria 1.1: Aspectos emocionais**

Os aspectos emocionais emergem em todo o processo vivenciado pela mulher no aborto espontâneo. As emoções identificadas como mais frequentes incluem: *Insegurança*:

“[...] então assim, tem pessoas que não tem esse medo, essa insegurança, tem outras pessoas que tem, então assim, esse pós-aborto, pós-abortamento, esse pós, ali em luto ainda é algo que foi difícil pra mim, eu acredito que seja difícil pra todo mundo, mas cada um enfrenta da sua maneira né”. (Entrevistada 03).

Todas as entrevistadas demonstraram experienciar a emoção *medo* durante todo o processo do aborto espontâneo.

“[...] foi muito angustiante, querer saber o que estava acontecendo, mas ter que esperar, tive medo, medo de ter o aborto, tive medo de estar perdendo o bebê”. (Entrevistada 03).

A emoção *culpa* não aparece nas falas de todas as participantes, somente em duas delas.

“[...] nossa eu matei esse bebê, nossa... tal... foi eu que matei, então é muito difícil, porque o sentimento de culpa, você quer encontrar uma solução, tipo, você quer encontrar resposta, que que eu fiz de errado que a gravidez não foi para frente?”. (Entrevistada 02).

A emoção *angústia*, mesmo não sendo falada por todas elas, fica evidente que foi experienciada por todas durante o processo do aborto.

“[...] eu não conseguia, é... falar desse assunto com ninguém, mas foram dias assim... angustiosos mesmo, eu fiquei muito angustiada”. (Entrevistada 02).

As entrevistadas trouxeram a “*dor*” que elas sentiram durante esse processo para além do campo fisiológico, ou seja, se referindo ao campo psicológico/emocional.

“[...] nunca tinha saído sangue com coágulo, então aquilo me deu medo, ao mesmo tempo, dor, aquilo me paralisou, eu fiquei em choque.”. (Entrevistada 03).

A emoção *vergonha* aparece como resultado de uma autocobrança em precisar passar pelo processo e, ao mesmo tempo, precisar explicar para os familiares/amigos sobre o aborto.

“[...] no começo eu tive essa questão da frustração, tive vergonha, vergonha de falar: poxa, eu perdi o bebê”. (Entrevistada 03).

É notável que a emoção *tristeza* foi presente durante todo o processo do aborto espontâneo e também após, mesmo que não seja mencionada por todas as entrevistadas.

“[...] eu não queria que aquelas mães que estavam felizes sentissem a tristeza que eu estava sentindo, então eu só abaixei a cabeça, assim, meio que em posição assim na perna”. (Entrevistada 04).

Algumas das entrevistadas vivem as emoções de forma mais intensa e, também, notou-se que ainda no momento da entrevista muitas dessas emoções continuavam presentes na vida delas. Em algumas, essas vivências são menos intensas e mais esporádicas, no entanto, continuam existindo.

### **Subcategoria 1.2: Aspectos fisiológicos**

Os aspectos fisiológicos identificados foram: *Sinais da perda*:

“[...] eu tava deitada assistindo televisão e comecei a sentir uma cólica muito forte e aí eu fui ao banheiro e estava com sangramento”. (Entrevistada 02).

*Procedimentos* extremamente invasivos são, na maioria das vezes, necessários para a retirada do bebê.

“[...] eu cheguei lá já com uma dor muito grande e não tinha evolução, não tinha, vamos dizer assim, o colo do útero não abria para poder expelir, então eu tive que ir para a curetagem de todo o jeito”. (Entrevistada 04).

Algumas das mulheres podem até ter *complicações decorrentes do aborto* que colocam suas vidas em risco. Uma das entrevistadas, por exemplo, compartilhou sua experiência longa e com diversas intercorrências.

“[...] a minha artéria uterina ela tava com coágulos [...], então o seu procedimento, ele não vai ser um procedimento simples”. (Entrevistada 02).

É importante considerar os aspectos fisiológicos vivenciados pelas mulheres que passaram pelo aborto espontâneo, uma vez que enfrentam mudanças corporais, sentem dores físicas, se submetem a procedimentos de retirada do feto/bebê e também correm grande risco de desenvolver complicações sérias nesse processo.

### **Subcategoria 1.3: Impactos psicológicos**

Todas as entrevistadas compartilharam que após o aborto espontâneo suas vidas e rotinas sofreram impactos psicológicos. Estes impactos foram: *Mudança no comportamento*:

“[...] não tinha sentido, nada pra mim fazia sentido, então foi um momento de me isolar mesmo”. (Entrevistada 02).

A vivência é tão dolorosa que descrevem a passagem por ela como *traumática*.

“[...] porque sabe, é um misto de alegria e pânico você imaginar uma nova gestação, sabe, porque uma gestação você tem, você vai passar por tudo aquilo de novo, pode ser traumático, é traumático, extremamente traumático”. (Entrevistada 01).

O *choro* aparece como rotineiro na vida das entrevistadas após o aborto espontâneo.

“[...] aí os dias seguintes, foi isso, qualquer pequeno motivo... eu chorava que parecia que o mundo ia acabar, era um escândalo, mas é que eu não soube externar, pros outros o que era...”. (Entrevistada 05).

Identificar os três impactos psicológicos nas entrevistas foi possível porque cada mulher vivenciou e lidou com o processo de maneira diferente, sendo possível compreender através das diferenças relacionadas à subjetividade de cada uma e as diferenças sociais.

## **2: Experiências com os profissionais de saúde**

As experiências das mulheres com os profissionais da saúde são extremamente importantes, pois o manejo profissional é um dos primeiros contatos e suportes que elas buscam. A atuação desses profissionais pode influenciar de maneira significativa, tanto positiva quanto negativamente, no processo vivido por essas mulheres.

### **Subcategoria 2.1: Experiências positivas**

Durante o processo das entrevistas, apenas duas mulheres relataram vivenciar uma experiência positiva com os profissionais da saúde que as atenderam.

“[...] a última obstetra do pronto atendimento, ela foi muito o oposto dessa outra, ela me acolheu, ele explicou, sabe?... ela me acolheu, me explicou, foi muito simpática, agiu de muita compaixão, muita sensibilidade.” (Entrevistada 03).

Cabe ressaltar ainda que para se chegar a essas experiências positivas, primeiro, passaram por outros profissionais que não foram empáticos ou acolhedores.

### **Subcategoria 2.2: Experiências negativas**

Nesta subcategoria, todas as entrevistadas relataram ter passado por pelo menos alguma experiência negativa com profissionais de saúde, durante ou após o processo da perda gestacional, como pode ser percebido na fala abaixo. Dentre essas experiências, destaca-se nos relatos das entrevistadas, algumas *falas inconvenientes* expressadas por profissionais de saúde.

“[...] E aí eu já comecei a chorar e o meu marido não entendeu, ele não conhece, não sabe nada, e aí o médico falou assim: “ah não vingou, pode colocar roupa lá que depois eu te dou o laudo” e aí o meu marido ficou assim, o que não vingou? O que é isso? Que termo você está usando que é não vingar?” (Entrevistada 04)

“Nesse processo de seis semanas o que foi mais difícil pra mim foi passar por alguns médicos bem secos, eu fui fazer ultrassom, eu não vi o meu filho na minha ultrassom, o médico olhou na minha cara e falou “você nem está grávida ou se tivesse estava perdendo”, você imagina uma mãe que acabou de ver um positivo escutar isso de um médico” (Entrevistada 05)

Dessa forma, algumas mulheres relatam a *falta de acolhimento* pelos profissionais de saúde, o que tornou a experiência ainda mais difícil.

“[...] levei os exames pra ela, expliquei o que tinha acontecido e ela falou “você abortou”, assim na cara, na lata, “você abortou, pelo que eu estou vendo você abortou” “É, tipo, essa médica obstetra ela foi insensível na sua maneira de dizer, muito indelicada e eu digo assim, eu saí chorando do consultório” (Entrevistada 03)

“Tive um atendimento na (nome do hospital), um atendimento bem genérico, o médico literalmente nem encostou em mim, extremamente genérico, e ele em vez de perguntar pra mim se estava passando mal com dor, ele virava e perguntava pro meu marido “o que que ela tem?” tipo assim ele não direciona em nenhum momento a conversa a mim. Os médicos da ultrassom, como eu te disse o primeiro foi extremamente grosso, extremamente insensível, que acabou me retraindo com outros profissionais na situação.” (Entrevistada 05)

Torna-se indispensável destacar a importância desses relatos, pois indica a necessidade dos profissionais de saúde estarem sensíveis às demandas físicas, emocionais e sociais das pacientes que sofreram a perda gestacional, estas experiências negativas podem interferir na maneira como a mulher lidará com a perda.

### **Categoria 3: Apoio, família e sociedade**

A terceira categoria, diz respeito a como foi o apoio da família e da sociedade durante e após o processo da perda gestacional, vale ressaltar que, cada experiência é única, entretanto, ao realizar as entrevistas, ficou bastante evidente o quanto as mulheres valorizavam a presença e o apoio fornecido pelas pessoas próximas a ela.

### **Subcategoria 3.1: Reação das pessoas diante do aborto**

Esta subcategoria analisa a reação das pessoas diante do processo de aborto, nas entrevistas, todas relataram que o *acolhimento*, fornecido por algum familiar, certamente auxiliou na elaboração da perda e ajudou na vivência do luto.

“[...] o apoio mais importante que eu recebi foi da minha família, eu tive uma boa rede de apoio que foi muito importante pra mim nesse momento” (Entrevistada 01)

“A parte da família, minha, ela foi muito acolhedora, foi muito essencial nessa ajuda, a minha filha também sem entender muito que estava acontecendo ela vinha e falava "Mãe eu vou te dar um pouquinho de amor.” (Entrevistada 05)

Entretanto, as entrevistadas nos relataram que, muitas vezes, ocorrem *juízos* da própria família, com comparações, apontamentos e críticas.

“Eu já ouvi muito isso de familiares “você está velha pra ter filhos”, “como que você não teve filho antes”. Eu me casei aos 29 anos, meu marido tinha 49 anos temos 20 anos diferença e a minha primeira gestação foi aos 28 anos Também dele, nós estávamos noivos na época e assim, ouvi muito isso, então assim é bastante complicado e aí muitas pessoas falam assim “ah seu marido é velho” sabe, como se uma pessoa mais de 50 anos, não é uma pessoa capaz de ser pai né, são todas essas coisas, sabe assim.” (Entrevistada 01)

“Ano passado, no começo do ano, o irmão dele olhou na minha cara e falou "mas você teve grávida? Porque na família ninguém acredita que teve grávida, muito menos que você perdeu um filho", eu falei "vocês acreditam nisso? Ótimo, obrigado, tchau, podem ir embora pra sua casa por favor".” (Entrevistada 05)

A *invisibilidade*, é perceptível na narrativa das mulheres.

“[...] muitas pessoas banalizam todo esse processo como se nós mulheres que passamos por isso não fôssemos mães” (Entrevistada 01)

“Não é porque eu não carrego meu filho no colo que eu não sou mãe, então assim são coisas que mexem muito, sabe?” (Entrevistada 03)

“[...] e agora a sociedade, é a mesma coisa que se eu nunca tivesse ganhado, de uma forma geral, parece que, é porque eu não vi uma forma mais humana, mais formada, então é como se nunca tivesse acontecido” “[...] os familiares, né? Fingiram que nada aconteceu e hoje, e aí quando é que você vai ter filho? E eu falo, tive, né? E não sei quando eu vou ter mais um, é, isso me dói, essa parte que as pessoas não entendem que a gente teve, não está aqui, que eu sou,

que apesar de eu não ter no braço, é o que faz esse buraco ficar, né?”  
(Entrevistada 04)

Assim, fica evidente nas falas das entrevistadas que, algumas pessoas acabam proferindo *falas inconvenientes* que, mesmo “bem-intencionadas”, causam mais dor e desconforto para quem está vivenciando o luto, abaixo estão alguns exemplos.

“[...] tem pessoas que falam "ainda bem que foi só algumas semanas, poderia ter sido pior se fosse mais" não sei o que... Gente isso não acalenta, isso é uma visão da maioria da população, então esse tipo de comentário em relação a tipo foram só assim seis semanas de gestação, como se fosse algo insignificante” (Entrevistada 03)

“[...] é aquela coisa “ah, tava cedo”, volta aquela frase, “ah, daqui a pouco vocês tentam de novo, daqui a pouco tem de novo, daqui a pouco passa” e não é assim, eu estou há dois anos aí e ainda não consegui.” (Entrevistada 04)

Duas entrevistadas trouxeram em seus relatos que, a perda gestacional, acabou interferindo na sua *vida conjugal*, pelo medo e receio de viverem novamente.

“[...] a gente tinha até um receio, um bloqueio em ter relações sexuais, algo que é normal entre um casal.” (Entrevistada 01)

“[...] eu tive muito medo do meu marido me tocar, depois de uns oito meses aí, eu não tinha coragem de tentar de novo, às vezes nem de falar sobre o assunto, é uma fase bem difícil [...]” (Entrevistada 04)

Fica perceptível que, a reação das pessoas diante de uma mulher que sofreu uma perda gestacional pode ser bem variada, nota-se que, são os familiares e/ou amigos que estão em contato direto com a entrevistada e que poderão fazer toda diferença no processo de luto pela perda.

#### **Categoria 4: Enfrentamento do luto**

Nesta categoria, todas as entrevistadas compartilharam como enfrentaram o luto de forma única e singular.

“Eu comecei a fazer trabalhos manuais como terapia, tentar aprender a fazer artesanato, eu estou aprendendo a fazer crochê, costura criativa, pintura. Pra vocês terem uma noção eu pinte a minha casa.”  
(Entrevistada 01)

“[...] o luto ele é uma coisa desafiadora e difícil pra todos nós, então passar pelas fases do luto eu acredito que é importante, pra gente de fato resolver as questões, e seguir a vida, né a gente precisa enfrentar pra seguir a vida.” (Entrevistada 03)

Fica explícito que, o tempo para a vivência do luto e para a elaboração da perda é individual, o enfrentamento do luto, é relatado pelas entrevistadas, como um processo difícil, entretanto, cada uma trouxe nas suas narrativas como lidaram com isso.

#### **Subcategoria 4.1: Luto como um processo contínuo na vida**

Nesta subcategoria, as entrevistadas trazem em seus relatos que, o processo do luto é contínuo ao longo da vida, e cada pessoa lida de maneira única e singular.

“[...] o processo do luto ele é enquanto a pessoa viver, enquanto a mãe viver, porque ela nunca vai esquecer daquilo e ela sempre que puder eu digo isso por mim, sempre que eu, se eu ver alguém que, se eu conhecer alguém que está passando por esse processo, que passou por esse processo eu vou lembrar eu vou entender o que é, então assim é pra sempre.” (Entrevistada 01)

“[...] foi um processo bem doloroso, bem desafiador, falando assim, é... eu digo que tenho passado esse processo até hoje, não sei se é um processo que vai durar a vida inteira, mas é um processo que está sendo até hoje, então, nessa caminhada é... Mais pesado no começo e mais leve com passar dos dias sabe” (Entrevistada 03)

“Ainda tem um buraco que eu não consegui dar um caminho melhor para ele [...]” “[...]é um processo longo, doloroso” (Entrevistada 04)

Todas as entrevistadas reconheceram a importância do *apoio psicológico*, entretanto, apenas uma relatou ter feito acompanhamento depois da perda gestacional, as outras entrevistadas por diversos motivos não procuraram ou postergaram esse acompanhamento.

“[...] então assim por tudo que a gente já tinha passado, a gente está fazendo tratamento psicológico, eu e meu marido.” (Entrevistada 01)

“[...] logo depois tive problemas financeiros, vamos dizer assim, eu não consegui ter um acompanhamento psicológico, e aí o trabalho veio, me consumiu.” (Entrevistada 04)

Observou-se também certa tendência nas mulheres em buscar explicações pautadas na *espiritualidade*, procurando ajuda, amparo e consolo, como demonstra os relatos abaixo.

“Quando eu estava gestante do meu filho eu orava muito, rezava muito a Deus, eu conversava sempre com Deus porque eu pedia ele pra me ajudar naquele processo ali [...]” (Entrevistada 01)

“[...] eu me apegava na fé, tipo aquela esperança daquele 1%” “O apoio mais importante, acho que foram duas coisas. A fé, a fé me ajudou muito, essa comunhão com Deus me ajudou muito, e tipo eu e Deus, sabe aquela coisa que é você e você, então assim eu tive Deus ali comigo.” (Entrevistada 03)

Notou-se durante a entrevista que, cada entrevistada, trouxe em seus relatos como conseguiram *ressignificar a perda*, dentre eles, compartilhar a experiência com outras pessoas trazendo alívio e compreensão.

“[...] eu uso hoje em dia, já usava antes, mas não tanto quanto hoje em dia esse assunto para conversar. pra falar, muitas vezes eu publico lá no meu status nas redes sociais, falo sobre meu bebê, sabe? Para as pessoas entenderem que é uma dor, é um luto, que independente se tinha duas ou uma semana de gestação para um pai, ou pra mãe, é um filho. [...] a oportunidade de estar compartilhando, porque eu aprendi que quando a gente fala sobre, a gente põe pra fora, isso ajuda no nosso enfrentamento também, poder compartilhar e poder colaborar com essa visibilidade” (Entrevistada 03)

O luto não é só da mulher, embora a perda seja no corpo dela, muitas vezes, o *luto é compartilhado*, o luto é do companheiro e da família.

“[...] o meu companheiro, desde o começo, né? Esteve e está ao meu lado, sempre me respeitou, ele também teve o processo de luto dele, que durou até um pouco mais do que o meu.” (Entrevistada 04)

“O luto aqui não foi só meu, o luto foi meu, foi do meu esposo, foi da minha filha que abraçava e falava "ai, mãe, queria tanto ter tido um irmãozinho e eu queria tanto ter conhecido ele, sentindo ele mexer". E do meu esposo, o homem, ele é mais difícil de externar.” (Entrevistada 05)

Entretanto, das cinco entrevistadas, apenas uma relatou que o marido não passou por esse processo de luto.

“[...] meu marido, ele não sofreu com esse luto meu, porque teve um dia que ele falou comigo "Ah é algo que eu não vi", até pensei em separar dele nessa época, foi muito difícil” (Entrevistada 02)

Fica evidente, nesta categoria, que o processo de luto decorrente da perda gestacional pode variar significativamente de pessoa para pessoa, porém é vivenciado de maneira intensa e complexa, visto que, é descrito como uma vivência pouco reconhecida socialmente, contudo, as entrevistadas apontaram como fatores para auxiliar nesse processo de elaboração do luto, a espiritualidade e o apoio decorrente das relações familiares e sociais.

#### **4 DISCUSSÃO**

Esta pesquisa teve como objetivo compreender os aspectos biopsicossociais de mulheres que passaram pelo aborto espontâneo no início da gestação, nesse sentido entender os aspectos psicológicos vivenciados por elas e as maneiras de enfrentamento do luto e como essas vivenciaram a relação com os profissionais de saúde e familiares durante o processo da perda.

O significado da feminilidade e o gestar vem se modificando e se reconstruindo com o passar dos séculos, mesmo assim, podemos observar ainda conceitos disseminados até hoje sobre o gestar como pureza, bênção divina e a infertilidade como castigo (Maldonado, 2017). Além de tudo, a maternidade também está conectada com termos como nascimento, alegria, vida e começo (Maushart, 2006 apud Muza et al., 2013). Esses conceitos e termos trazem impactos psicológicos e sociais para as vivências e experiências das mulheres que passam pelo aborto espontâneo, ditando o que devem ser ou o que devem esperar desse processo, criando expectativas que podem não ser cumpridas.

De acordo com Muza et al. (2013), a perda de qualquer ordem gera o sentimento de luto, portanto, se faz necessário entender que a perda gestacional também se trata da morte de um filho, independente do tempo de gestação e que o processo do luto é singular. Assim, segundo Gesteira et al. (2006), o luto é caracterizado por uma reação normal e esperada quando um

vínculo é rompido, sendo um processo de adaptação às mudanças geradas pela perda, mas ainda cabe ressaltar que é vivenciado de diferentes maneiras e existem fatores que determinam esse processo de luto como os fatores internos, estrutura psíquica do enlutado, histórico de perdas anteriores, circunstâncias da perda, crenças culturais e religiosas e apoio recebido.

Nesse sentido, a pesquisa contou com a entrevista de 5 mulheres que sofreram aborto espontâneo no primeiro trimestre gestacional e fazem parte do grupo “Mães de Anjos MT”. A partir das análises realizadas com base nos relatos das perdas dessas mulheres, pode-se organizar, para uma melhor compreensão, 4 categorias, 7 subcategorias e 25 temáticas, como pode ser observado na Figura 1.

Assim, a primeira categoria diz respeito às reações provocadas pelas perdas, sendo as três subcategorias aspectos emocionais, impactos psicológicos e fisiológicos. Os sentimentos mais comuns que apareceram nas entrevistas foram: insegurança, medo, culpa, angústia, dor, vergonha e tristeza. Além disso, os impactos psicológicos identificados foram: mudanças de comportamento, trauma e choro.

Tais reações remetem ao que Gesteira et al. (2006) relataram sobre os sentimentos frequentes, as fases do luto, além disso, apresenta questões sobre o choro, mas principalmente o encorajamento para que pessoas enlutadas deixem prematuramente a experiência do luto, assim os autores trazem os termos do 'luto não reconhecido' e 'não resolvido', afirmando que os mesmos podem gerar consequências ao longo da vida cotidiana, que estarão relacionadas com a perda não resolvida no passado, e assim estarem diretamente envolvidas nos seus problemas, ainda apresenta que em relação à perda de um filho este luto é marcado por muita culpa e revolta. Nesse sentido, essas reações e fases do luto devem ser experienciadas individualmente, sendo um processo subjetivo e necessário para o enlutado.

Em relação aos aspectos fisiológicos a curetagem é um método para se fazer o esvaziamento do útero por uma raspagem, onde a mulher se expõe a riscos ligados a anestesia, a raspagem e a possibilidade de infecções, além deste procedimento, há também a alternativa da aspiração manual a vácuo, que faz uso de analgésicos locais à gerais, liberando a paciente mais rápido e melhorando riscos de infecções (Holanda et al., 2003). Conforme visto nas entrevistas, os sinais da perda como o sangramento, cólicas e dores são acompanhados por emoções como o medo e a angústia, e são antecedentes a estes procedimentos que por serem invasivos e dolorosos para as mulheres que passam por ele, é seguido por um atendimento que em sua maioria é insensível ao que as mulheres estão sentindo.

Segundo Bromberg (1999), quando se trata de um aborto como causa da perda de um filho, a mulher vivencia um movimento de minimização da perda, na qual é um não

reconhecimento do seu luto, pois o nascimento não ocorreu e nem a morte convencional. Desse modo, tanto a segunda categoria como a terceira, as quais se tratam dos profissionais e do apoio no processo, apresentam como uma reação negativa, que irá trazer inúmeras dificuldades para o processo de enlutamento da mulher, está extremamente pautada nessa questão de não permitir com que a mãe sinta a perda de um filho, atrelada a esta visão de uma não existência da perda, já que não foi visível ou vivenciada por outros.

Apesar de ser indiscutível a importância do acolhimento e suporte à mulher neste momento, segundo Lemos e Cunha (2015), sabe-se que, nem sempre, as pessoas que a cercam se sentem à vontade e preparadas para oferecer o apoio e a escuta que ela necessita para investirem em um luto favorável. Nota-se também que, alguns familiares procuram consolar as mães a partir de suas crenças, lembrando a possibilidade de gestar outros filhos, preocupando-se com sua saúde mental e também aconselhando-as a não prolongarem o sofrimento (Lopes et al., 2017).

Assunção e Tocci (2003) corroboram que, do ponto de vista social, não há reconhecimento do conceito ‘aborto’ associado a uma criança que morreu antes de nascer, para os autores, o que fica após a perda gestacional é o confronto com o vazio, cujos últimos vestígios foram eliminados pelos procedimentos médicos, desconsiderando o luto materno e/ou minimizando sua proporção por meio de tentativas comuns de convencimento de que “foi melhor assim” ou “logo vocês tentam novamente” e que, mesmo “bem-intencionadas”, causam mais dor e desconforto para quem está vivenciando o luto.

Do mesmo modo, experiências positivas diante a mulher que sofreu aborto espontâneo podem influenciar positivamente o processo de perda. Lemos e Cunha (2015) apontam que, o acolhimento, a atenção e o suporte fornecido pelos profissionais de saúde, bem como, por toda rede de apoio da mulher enlutada, certamente auxiliará na elaboração da perda e ajudará na vivência simbólica do luto. Carvalho e Meyer (2007) corroboram que, a presença dos familiares têm papel fundamental no suporte fornecido à mulher que passou por um aborto espontâneo, visto que, são os familiares e/ou amigos que estão em contato direto com a mulher enlutada e que poderão fazer toda diferença no processo de luto pela perda.

A terceira categoria está relacionada ao apoio recebido, no caso se consideram os familiares e também a sociedade. Nesse sentido, Gesteira et al. (2006) trazem no que diz respeito a perda de um filho, que isso implica em um tipo de luto particular, que vai demandar adaptações tanto nos aspectos individuais como na relação com o cônjuge e o sistema familiar e social. Assim, de acordo com Shapiro (1994 apud Silva et al., 2009) o luto interrompe a estabilidade da família em relação às emoções, interações, papéis sociais e significados, sendo

um processo individual no contexto familiar. Portanto, a vivência do luto familiar irá depender das experiências individuais dos integrantes, e assim em como isso atravessará a vida cotidiana da família, mais especificamente ao se tratar do aborto espontâneo, existem as especificidades já citadas do não reconhecimento, mas há também uma diferença muito maior nas reações do luto por cada integrante da família.

A última categoria diz respeito ao enfrentamento do luto diante da perda gestacional, visto que, as pessoas passam pelo luto de formas diferentes e buscam estratégias distintas para a elaboração e ressignificação da perda. Parkes (1998) considera que o luto não é um estado fixo e sim um processo que resultará na ressignificação e na elaboração da perda gestacional. Segundo Bowlby (1997), para enfrentar o luto diante da perda gestacional, é fundamental buscar apoio emocional e psicológico, além disso, é importante compartilhar seus sentimentos com amigos e familiares que oferecem apoio e compreensão durante esse momento difícil, é importante lembrar que cada pessoa vivencia de forma única e não há um tempo determinado para superá-lo.

Nesta direção, Bousso (2011) defende que a elaboração do luto não é passível de ser superado, mas deve ser encarado como um evento mutável ao longo da vida é um processo normal de ressignificação, sentir a ausência e a saudade são sentimentos que continuarão existindo, entretanto, a elaboração do luto permitirá ao indivíduo continuar sua vida a partir de outra relação, reinventada, com a pessoa perdida. Alves et al. (2014) apontam que, a perda é um processo emocionalmente desafiador, e o psicólogo desempenha um papel fundamental, pois ele ajudará no enfrentamento e na elaboração do luto, tendo um impacto significativo na melhoria da qualidade de vida do enlutado e na redução do sofrimento físico, emocional e psicossocial.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo, buscou aproximar-se de uma compreensão mais profunda e íntima da experiência de luto materno devido ao aborto espontâneo no início da gestação, para isso, realizou-se cinco entrevistas semiestruturadas com mulheres que fazem parte do grupo “Mães de Anjos MT” e passaram por uma perda gestacional no primeiro trimestre. Diante do exposto, pode-se afirmar que mulheres que passam por uma perda gestacional no início da gravidez vivenciam, certamente, grande impacto emocional e psicológico, visto que, as participantes demonstraram muita tristeza, medo, culpa, insegurança, vergonha e angústia diante da perda.

Considerando o processo de perda gestacional como único e individual, é essencial a compreensão da dor, do sofrimento e do luto sob uma perspectiva singular, visto que, mulheres

nestas condições ficam fragilizadas física e emocionalmente e, precisam de acolhimento, do cuidado, atenção e do suporte de toda uma rede de apoio. O reconhecimento do luto materno, por parte dos familiares e da equipe de saúde, é um dos primeiros passos para fornecer o apoio necessário e contribuir para a elaboração e o enfrentamento do luto.

O destaque dado à assistência profissional é um ponto interessante encontrado no estudo, que nos faz refletir sobre a importância de um atendimento eficaz e acolhedor fornecido pelo profissional de saúde, assim, mesmo existindo uma política de humanização na saúde, isso não foi percebido pelas mulheres ao relatarem o seu processo de perda nos atendimentos recebidos, logo, nosso trabalho chama atenção para que a equipe de saúde deve estar atenta a tais questões e sugere-se um trabalho de efetivação dessa política de humanização na atuação dos profissionais que atenderão essas mulheres.

Cabe ressaltar, a importância do acompanhamento psicológico, visto que, foi possível identificar nas entrevistas a existência de uma invisibilidade do luto e/ou sofrimento das mulheres que passaram por aborto espontâneo no início da gestação, foi observado que maioria não teve esse suporte da Psicologia para o enfrentamento do luto, assim é fundamental não agir no sentido de tentar, em vão, fazer a mulher esquecer a perda e calar sua dor, sendo o psicólogo uma figura importante no cumprimento dessa função facilitadora para auxiliar a atravessar esse caminho, que gera dor e um misto de sentimentos.

Embora este estudo tenha nos fornecidos valiosas experiências sobre o enfrentamento do luto diante a perda gestacional, esta pesquisa tem algumas limitações, como, o tempo que não foi favorável na inclusão de uma amostra maior de participantes e uma tragédia que ocorreu no estado de Mato Grosso resultando na morte de um bebê, que mobilizou o grupo “Mães de Anjos” e limitações de artigos científicos e recursos literários relacionados ao luto associado a mulheres que passaram por aborto espontâneo no início da gestação.

Para aprimorar futuras investigações desse tema, sugere-se ampliar o tamanho da amostra, investir mais tempo na coleta de dados. Além disso, buscar recursos adicionais de pesquisa sobre o luto decorrente de uma perda gestacional no início da gravidez e as práticas de manejo dos profissionais de saúde, principalmente em relação ao trabalho em equipe, uma vez que o diálogo entre diversos profissionais proporciona o cuidado integral e subjetivo das mulheres, independe se este trabalho é realizado na área pública ou privada. Também investigar se há uma justificativa social para a invisibilidade do aborto espontâneo, assim contribuirá para uma compreensão mais abrangente e sólida dessas questões complexas que envolvem mães que têm essa dor minimizada, o luto não reconhecido e a invisibilidade da sociedade e equipe de saúde.

Espera-se que essa pesquisa contribua para aprimorar a rede de apoio ao luto materno, evidenciar as questões que envolvem essas mães que sofreram uma perda, ampliando a compreensão e as formas de acolhimento empático da dor e das vivências das mães enlutadas, sendo um caminho para que o luto devido à perda de um filho que não chegou a nascer seja tratado com o cuidado que merece, sem julgamentos e práticas patologizantes.

## 6 REFERÊNCIAS

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

ARCANJO, Francisco Carlos Nogueira et al. Uso do misoprostol em substituição à curetagem uterina em gestações interrompidas precocemente. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, p. 276-280, 2011.

ASSUNÇÃO, A. T.; TOCCI, H. A. Repercussão emocional do aborto espontâneo. **Rev Enferm UNISA**, v. 4, n. 1, p. 5-12, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOUSSO, R. S. A complexidade e a simplicidade da experiência do luto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, São Paulo, 2011.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-2100201100030000>> Acesso em: 14 maio 2024.

BOWLBY, J. **Formação e rompimentos dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. **A declaração de óbito: documento necessário e importante**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/3KGL4CW>>. Acesso em: 14 out 2023.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 15 out 2023

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 15 out 2023.

CAMARNEIRO, A. P.; JUSTO, J. M. R. M. Padrões de vinculação pré-natal. Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o segundo trimestre de gestação na região Centro de Portugal. **Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria**, v. 28, p. 7-22, 2010.

CAMARNEIRO, A. P. **Vinculação pré-natal e organização psicológica dos homens e das mulheres no segundo trimestre de gestação**. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal, 2011.

CARVALHO, F. T.; MEYER, L. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. **Boletim de Psicologia**, v. 57, n.126, p.33-48, São Paulo, 2007.

FARIA-SCHÜTZER, D. B.; DUARTE NETO, G. L., DUARTE, C. A. M.; VIEIRA, C. M. Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram a morte fetal durante a gestação. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 113-132, Paraná, 2014. Doi: 10.5433/2236-6407.2014v5n2p113

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; BARBOSA, Vera Lúcia; ENDO, Paulo César. O luto no processo de aborto provocado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, p. 462-467, 2006.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas? In: GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: editora Atlas, 1996.

HOLANDA, Antônio Arildo Reginaldo de et al. Tratamento do abortamento do primeiro trimestre da gestação: curetagem versus aspiração manual a vácuo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, p. 271-276, 2003.

LEE, L. M. W.; DAVIES, S.; KAMMERS, M. Toward Optimal Emotional Care During the Experience of Miscarriage: An Integrative Review of the Perspectives of Women, Partners, and Health Care Providers. **Midwifery Womens Health**. Jan; v. 68, n.1, p.52-61, 2023.

LEMO, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. da. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n.4, p. 1120–1138, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>>. Acesso em: 14 maio 2024.

LOPES, B. G., et al. Luto materno: dor e enfrentamento da perda de um bebê. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 18, n. 3, p. 307-313,201. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/3240/324053754004/html/>>. Acesso em: 14 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco: manual técnico** (5ª ed.). Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 14 out 2023.

MUZA, Júlia Costa et al. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicologia: teoria e prática**, v. 15, n. 3, p. 34-48, 2013.

OLIVEIRA, Hélio Tadeu Luciano de et al. Pesar no óbito fetal: luto sem voz. **Revista Bioética**, v. 30, p. 644-651, 2022.

PAULETTI, Marzelí et al. A humanização no atendimento e uso da empatia no serviço de saúde. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc**, São Miguel do Oeste, v. 3, p. e19419-e19419, 2018.

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. Tradução de Maria Helena Franco Bromberg. São Paulo: Summus, 1998.

ROGERS, C. R. **Sobre o poder pessoal**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

SHAPIRO, E. R. **Grief as a family process**: a developmental approach to clinical practice. New York: The Guilford Press, 1994.

SILVA, Daniela Reis. **E a vida continua...**: O processo de luto dos pais após o suicídio de um filho. 2009. 240 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

SOUSA, E. N.; MUSA, J. C. **Quando a morte visita a maternidade: papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal**. Monografia, Universidade Católica de Brasília: Brasília-DF, 2011.

VOLGSTEN, Helena et al. Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 97, n. 12, p. 1491-1498, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/aogs.13432>>. Acesso em: 14 out 2023.

WOOL, C.; CATLIN, A. Luto perinatal e cuidados paliativos oferecidos em todo o sistema de saúde. **Ann Palliat Med**, v. 8, p. 22-29, 2019.