



O bebê que nunca foi para casa: percepções de mães diante do óbito em UTI Neonatal

The baby who never went home: mothers' perceptions of death in the Neonatal ICU

Luísa Teixeira SCIOTTI¹  

Antonio Richard CARIAS¹  

¹ Universidade São Francisco – USF, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Neonatal. Bragança Paulista, SP, Brasil.

Correspondência:

Luísa Teixeira Sciotti
luisa.sciotti@gmail.com

Recebido: 08/02/2024

Revisado: 29/07/2024

Aprovado: 16/08/2024

Como citar (APA):

Sciotti, L. T., & Carias, A. R. (2024). O bebê que nunca foi para casa: percepções de mães diante do óbito em UTI neonatal.

Revista da SBPH, 27, e005.

<https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v27.626>

Financiamento:

Bolsista do Ministério da Saúde pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Neonatal da Universidade São Francisco.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Resumo

O óbito neonatal altera a ordem das perdas socialmente pressupostas, facilitando intensa vulnerabilidade emocional para as mães. A rotina em UTI Neonatal frequentemente impacta na construção do vínculo afetivo entre mãe e bebê, especialmente quando a convivência ocorreu exclusivamente neste ambiente antes do óbito do recém-nascido. Diante disso, o presente estudo objetivou compreender a experiência emocional de mães diante da morte do bebê recém-nascido em UTI Neonatal. Para alcançar essa proposta foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter experiencial e interpretativo. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas e aplicado questionário sociodemográfico/obstétrico com cinco mães que narraram suas vivências sobre o adoecimento e falecimento do recém-nascido. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra para análise dos dados. Os resultados foram examinados por meio da análise temática, o que resultou na elaboração de cinco categorias que desvelam as percepções dessas mulheres sobre o óbito neonatal. Cada categoria contém significados sobre o percurso da experiência dessas mulheres, assim como características do sofrimento vivido. Esperamos que o presente estudo contribua no cuidado multiprofissional das mães que apenas conviveram com os seus bebês na UTI de um hospital.

Descritores: Neonatologia; Luto; Mães.

Abstract

Neonatal death changes the order of socially presupposed losses, facilitating intense emotional vulnerability for mothers. The routine in the Neonatal ICU often impacts the construction of the emotional bond between mother and baby, especially when coexistence occurred exclusively in this environment before the death of the newborn. Therefore, the present study aimed to understand the emotional experience of mothers faced with the death of their newborn baby in the Neonatal ICU. To achieve this proposal, qualitative research of an experiential and interpretative nature was carried out. To collect data, semi-structured interviews were carried out and a sociodemographic/obstetric questionnaire was applied to five mothers who narrated their experiences regarding the illness and death of their newborn. The interviews were recorded and then transcribed in full for data analysis. The results were examined through thematic analysis, which resulted in the creation of five categories that reveal these women's perceptions about neonatal death. Each category contains meanings about the journey of these women's experiences, as well as characteristics of the suffering experienced. We hope that this study will contribute to the multidisciplinary care of mothers who only live with their babies in the ICU of a hospital.

Descriptors: Neonatology; Grief; Mothers.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebê marca um momento relevante no desenvolvimento individual e familiar dos pais e geralmente acompanha um processo de idealização em relação à criança, envolvendo expectativas referentes ao futuro e planejamento para o recebimento do recém-nascido (Silva & Sales, 2012). O ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) apresenta uma realidade diferente da esperada durante a gestação, com diversos tipos de privações físicas e afetivas da convivência mãe-bebê, causando frustração e angústia pela situação de hospitalização do recém-nascido, intensificadas pelas repercussões emocionais inerentes do período de puerpério (Harris *et al.*, 2018).

O falecimento de uma criança altera a ordem de perdas socialmente pressupostas, causando a sensação de estranhamento nos pais e demais membros da família extensa, além de forte impacto social e emocional. Neste contexto, o sofrimento emocional dos pais pode ser intensificado, uma vez que representa frustrações de desejos e da execução da parentalidade (Laguna *et al.*, 2021). Com a morte de um filho, os familiares vivenciam lutos reais pela perda do membro familiar e lutos simbólicos relacionados às frustrações de ideias e expectativas alimentadas durante todo o período perinatal (Salgado *et al.*, 2021). Esse momento pode ser devastador para os familiares, aumentando os índices de depressão, estresse pós-traumático, sentimento de desesperança, internações psiquiátricas e ideação suicida, além de aumentar os riscos do desenvolvimento de doenças crônicas como câncer e diabetes tipo II (Youngblut *et al.*, 2013). Ademais, essas mães podem apresentar sentimentos de solidão, abandono, culpa e medo diante da perda (Rodrigues *et al.*, 2020).

Parkes (1998) caracteriza o processo de luto como uma reação psicossocial que impacta todos os âmbitos da vida humana, sendo uma resposta natural à perda significativa de um ente querido. Um tipo de luto recorrente no contexto de perda de recém-nascido é o luto não reconhecido, apontado por Doka (2008), no qual o enlutado não recebe validação social e não têm seu sofrimento legitimado publicamente.

Iaconelli (2007) discorre sobre a concepção social de que a vinculação mãe-bebê ocorre a partir do tempo cronológico de convivência entre mãe e filho após o nascimento. Nesse sentido, a autora traz o impacto desse pensamento cronológico na desconsideração da vinculação criada ao longo da gestação, que é construída a partir dos significados atribuídos por essa mãe ao feto. Em relação à perda do neonato, a autora coloca que a incompreensão social do luto materno impossibilita o compartilhamento das angústias e intensifica a sensação de desamparo vivenciada pela mãe.

Aguiar (2023) aponta a perda perinatal como a morte simbólica dos próprios pais, uma vez que o bebê ainda é a representação de sonhos e projetos de seus genitores. Ressalta também a ambivalência do período gestacional e o caráter de "crise" do momento do nascimento do bebê decorrente das repercussões emocionais conhecidas do pós-parto. Quando ocorre a morte do recém-nascido, há a ausência de gratificação e conforto da mãe após o nascimento do bebê, o que pode intensificar seus medos, fantasias e sentimento de culpa.

Nessa linha de raciocínio, também é importante considerar o conceito de luto prolongado. Prigerson *et al.* (2009) propôs um conjunto de sintomas diferenciais do transtorno de luto prolongado, sendo eles: saudade, embotamento emocional, redução de sentido de vida, evitação da realidade da perda e comprometimento

funcional, devendo esses sintomas persistirem por pelo menos 6 meses após a perda. Sendo assim, o luto prolongado trata-se de um sofrimento intenso, persistente, angustiante e incapacitante.

Zetumer *et al.*, (2015) analisou a prevalência de luto prolongado em pais enlutados em relação a pessoas que sofreram outros tipos de perda. Os resultados apontam para aumento de sintomas inversamente proporcional à idade do filho falecido, e indicam o luto parental como fenômeno traumático, o que elevaria a sintomatologia do luto prolongado e sua representação clínica.

Considerando esse cenário de luto não reconhecido e entendendo a relevância da elaboração desse momento para a prevenção de luto prolongado, faz-se essenciais ações voltadas para a legitimação da existência do bebê falecido, validando o sofrimento materno. A construção de memórias sobre o bebê contribui para a atribuição de uma identidade ao recém-nascido, auxiliando na elaboração da perda e na retomada gradual da identidade da própria mãe (Rodrigues *et al.*, 2020).

A morte de um filho recém-nascido é uma experiência de vulnerabilidade emocional intensa para as mães, e pode ser agravada quando acompanhada da vivência exclusiva em UTI Neonatal e, conseqüentemente, da fragilidade do vínculo afetivo estabelecido com o bebê. Ressalta-se que a convivência mãe-bebê exclusiva em UTI Neonatal se impõe aos casos em que os recém-nascidos não vão para casa junto de seus familiares e vivem todos os dias após o nascimento dentro do ambiente hospitalar dada a gravidade do quadro clínico.

Diante disso, o presente estudo visou a compreensão da experiência emocional dessas mães diante da morte do recém-nascido na UTI Neonatal para contribuir para a abordagem adequada da equipe de saúde diante de situações semelhantes, entendendo a fragilidade e o impacto emocional desse momento.

METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa qualitativa com caráter interpretativo, experiencial, situacional e personalístico (Flick, 2009), possibilitando a interpretação através da relação entre a subjetividade descrita, as observações do pesquisador e as principais teorias relacionadas ao assunto estudado (Stake, 2011).

PARTICIPANTES

A amostra foi constituída de forma intencional com mães que vivenciaram o óbito de seus bebês durante internação em UTI Neonatal de um hospital universitário do interior do estado de São Paulo. Os critérios de inclusão foram: mães que passaram pela experiência de óbito de bebê em UTI Neonatal do hospital no período de fevereiro/2018 a fevereiro/2023; mães de bebês que faleceram entre 1 e 90 dias após o parto; mães de bebês que permaneceram internados exclusivamente em UTI Neonatal durante todo o período de vida; mães com condições gerais de saúde emocional e cognitiva para compartilhar a experiência vivida. Além disso, não foram incluídas na amostra as mães que não aceitaram a gravação em áudio das entrevistas, mães que foram atendidas pela psicóloga pesquisadora durante o período de internação e as mães que estiveram internadas em UTI Adulto durante todo tempo de internação do bebê até o óbito.

INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados, foram utilizados como instrumentos a entrevista semiestruturada com questões abertas em profundidade e com a pergunta disparadora “*Como foi para você a experiência de convivência e perda do seu bebê na UTI Neonatal?*”, o diário de campo da pesquisadora e a ficha de dados sociodemográficos e obstétricos, auto-referidos ou adquiridos a partir do prontuário eletrônico para caracterização da amostra. Ressalta-se a importância da entrevista como estratégia metodológica na pesquisa qualitativa, uma vez que possibilita a coleta de dados objetivos e subjetivos, dando ênfase à forma como o sujeito observa, vivencia e analisa suas experiências (Batista *et al.*, 2017). Já o instrumento do diário de campo consiste no registro e análise da experiência do pesquisador a partir da descrição pessoal dos procedimentos (Kroef *et al.*, 2020). Neste sentido, o uso do diário de campo visou o registro e a compreensão da motivação das mães para participar do estudo.

PROCEDIMENTO

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade São Francisco (número do parecer: 6.154.743) a partir da lista fornecida pelo serviço de registro e estatística do hospital, foram triados prontuários de pacientes que faleceram na UTI Neonatal nos últimos 5 anos (fevereiro/2018 a fevereiro/2023), selecionando os que cumpriram os critérios de inclusão.

Depois da triagem, foi realizado contato via telefone com as mães dos pacientes selecionados, explicando o teor e os objetivos da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi explicado às participantes e enviado por e-mail para assinatura eletrônica/digital. Após o consentimento, foram ofertadas as possibilidades para realização das entrevistas de forma remota, por vídeo chamada ou ligação telefônica. Por escolha das participantes, as entrevistas foram realizadas via telefone e gravadas em áudio, com duração média de 60 minutos, sendo posteriormente transcritas integralmente.

MÉTODO DE ANÁLISE

O processo de análise dos dados foi fundamentado na teoria da análise temática que visa a descrição e construção de significados subjetivos de um coletivo a partir de um conjunto de dados (Nowell *et al.*, 2017). Inicialmente, há a etapa de familiarização com os dados, onde é realizada a leitura e aprofundamento dos dados coletados. Posteriormente, são gerados os códigos iniciais a partir da análise e agrupamento dos dados. Então ocorre a busca por temas, classificando e unindo os dados em categorias relevantes e padronizadas. Após isso, os temas são definidos e nomeados, determinando aspectos importantes de cada categoria temática. E, por fim, é feita uma análise final e a produção do relatório.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 139 mães levantadas na lista inicial, 55 foram excluídas por não cumprirem os critérios de inclusão. Dentre as 84 que sobraram, 18 não aceitaram participar da pesquisa e 61 não foram possíveis de contatar. Por fim, a pesquisa contou com a participação de 5 mães (Figura 1).

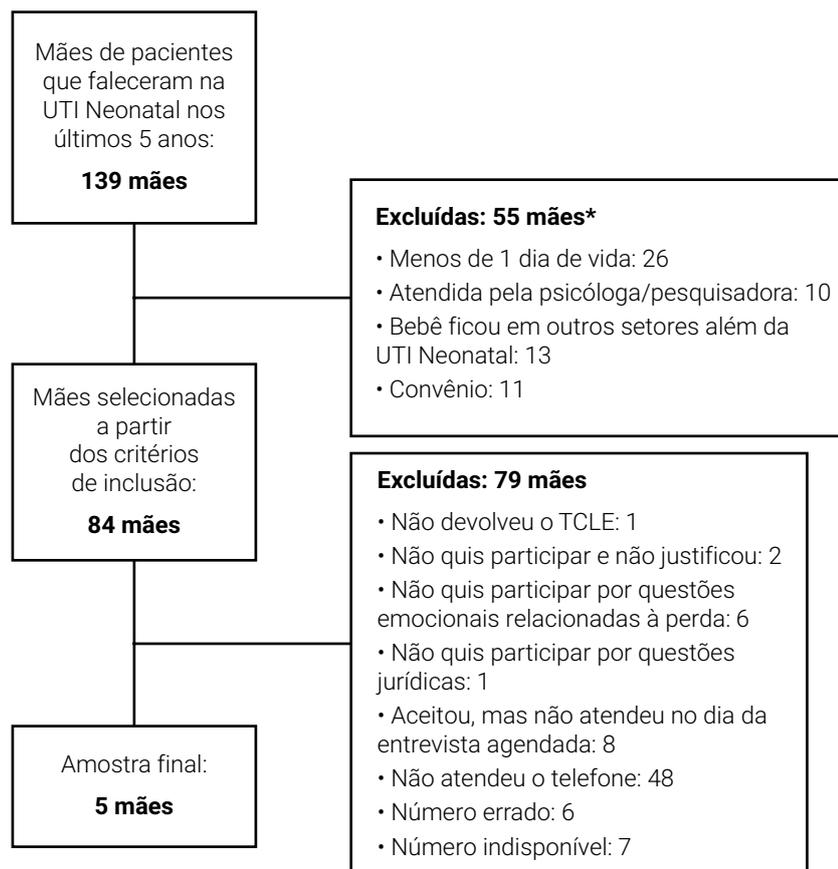


Figura 1. Fluxograma da constituição da amostra

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

* Algumas mães apresentaram mais de um critério de exclusão.

Considerando as informações ilustradas na Figura 1, podemos observar uma dificuldade no alcance de potenciais participantes para a pesquisa em questão. No que se refere à dificuldade de contato com as mães, podemos hipotetizar a relação de tal resultado com a não atualização dos dados pessoais no sistema do hospital, impedindo que a comunicação fosse realizada de forma adequada. Além disso, devemos considerar a dimensão cultural que abrange a relação entre a sociedade contemporânea e a limitação do uso de ligações telefônicas, principalmente com o avanço de tecnologias de mensagens de texto (Lenhart, 2012). Nesse cenário, podemos supor que houve uma redução da possibilidade de aceitação de ligações de número desconhecido. Já quanto à baixa adesão das mães em participar da pesquisa podemos considerar a intensidade psicológica do tema abordado, englobando um sofrimento emocional importante. Diante disso, supõe-se que a negativa e os comportamentos de fuga apresentados por algumas destas mães estejam atrelados à dificuldade de elaboração do luto após perda neonatal.

As cinco mães que compuseram a amostra final da pesquisa vivenciaram o óbito de seus bebês recém-nascidos após convivência exclusiva em UTI Neonatal. As características sociodemográficas e obstétricas das participantes podem ser observadas na Tabela 1. Ressalta-se que os nomes das mães foram modificados para nomes fictícios que aludem a flores que simbolizam características específicas da história de cada uma.


Tabela 1. Características sociodemográficas e obstétricas das participantes

Nome	Idade (anos)	Religião	Escolaridade	Estado civil	Gestações	Filhos vivos	Aborto	Óbito neonatal	Diagnóstico do bebê	Dias de vida
Lírio	28	S	Ensino médio completo	Com parceiro atual	2	1	0	1	Múltiplas malformações	1
Íris	28	S	Ensino médio completo	Com parceiro atual	3	1	1	1	Prematuro	2
Hortênsia	38	S	Ensino fundamental completo	Com parceiro atual	4	0	3	1	Prematuro	8
Jasmim	39	S	Ensino médio completo	Com parceiro atual	4	3*	2	1	Prematuro	4
Lótus	41	N	Ensino superior completo	Com parceiro atual	2	0	1	2*	Prematuro	2

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

* Presença de gestação gemelar.

Apresenta-se uma breve contextualização das histórias narradas por cada participante.

Lírio não tinha comorbidades maternas gestacionais e, além do bebê falecido, tem um filho vivo de 3 anos de idade. Apresentou rede de apoio e suporte religioso significativo. Soube das múltiplas malformações de seu bebê e da possibilidade de desfecho negativo ainda durante o pré-natal e, por isso, já sabia da probabilidade de internação do recém-nascido em UTI Neonatal após o nascimento. A participante visitou o filho 2 vezes no ambiente de UTI.

Íris possuía diagnóstico de insuficiência istmocervical e hipertensão arterial crônica, teve um aborto anterior ao óbito neonatal e atualmente tem um filho vivo de 3 meses de idade. Trouxe em seu relato a presença de rede de apoio e de suporte religioso. Ela não tinha conhecimento do quadro clínico fetal e não imaginava que seu bebê teria que permanecer na UTI Neonatal após o parto. O recém-nascido ficou 2 dias internado.

Hortênsia possuía diagnóstico de trombofilia, diabetes gestacional e insuficiência istmocervical e teve três abortos ao total, dois antes do falecimento do recém-nascido e um 11 meses após a perda. Apresentou amparo religioso e rede de apoio física, porém referiu pouco suporte emocional. A bebê permaneceu 8 dias internada e a participante trouxe repercussões emocionais intensificadas após a perda neonatal, com acompanhamento psicológico breve durante a internação da bebê e tentativa de busca por suporte profissional externo, porém sem sucesso devido à dificuldade de acesso.

Jasmim não tinha comorbidades maternas, sendo a prematuridade dos filhos decorrente da gestação trigemelar. Teve dois abortos anteriores e atualmente tem uma filha de 8 anos de idade e dois dos gêmeos vivos com três anos de idade. Alegou presença de rede de apoio e de fé religiosa significativa. O recém-nascido falecido permaneceu quatro dias internado na UTI Neonatal e a participante recebeu atendimento psicológico durante todo o processo, trazendo relacionamento positivo com a equipe de saúde.

Lótus não tinha comorbidades maternas conhecidas durante a gestação, mas descobriu um câncer de colo de útero logo após as perdas neonatais. Teve um aborto anterior e a prematuridade dos filhos estava relacionada à gestação gemelar, sendo que os dois gêmeos permaneceram internados em UTI Neonatal após o nascimento e faleceram com 8 horas e 2 dias de vida, respectivamente. Trouxe em seu relato a presença de rede de apoio e ausência de suporte religioso/espiritual significativo. A participante não menciona presença de profissional da psicologia durante a internação dos bebês, porém refere acompanhamento psicológico externo.

Após análise das entrevistas, cinco categorias temáticas foram elaboradas. Cada categoria contém um núcleo de significados vividos pelas participantes e possibilita uma reflexão sobre os impactos emocionais da perda do bebê após convivência exclusiva na UTI Neonatal. As categorias não visam rotular o sofrimento, mas apresentar um percurso experiencial e possíveis necessidades maternas a serem observadas pelas equipes de saúde. Cada categoria contém um título emblemático que alude a significados afetivos e existenciais do coletivo de mulheres-mães que perderam os seus filhos recém-nascidos.

CATEGORIA 1: CONVIVENDO DE LONGE

Essa categoria visa descrever e analisar a experiência materna de separação e limitação do contato com o seu bebê durante a internação em UTI Neonatal. A convivência mãe-bebê é atravessada pela internação do neonato que demanda cuidados intensivos. As participantes relataram sobre o impacto da notícia e do primeiro

contato com a internação do seu filho na UTI Neonatal. Íris soube da necessidade de hospitalização de seu bebê apenas após o parto e verbaliza sentimentos negativos diante do ambiente de internação: *“Sempre entrava ali com medo, sempre esperando o pior porque UTI, já diz o nome, a gente já acha que ali dentro é tudo ruim, já chegava com medo”* (Íris).

A informação de internação de um bebê no setor de UTI Neonatal pode causar sofrimento emocional significativo e a comunicação assertiva com a equipe de saúde pode auxiliar na elaboração da experiência emocional dos familiares (Marçola *et al.*, 2020). As demais participantes alegaram já saber da possibilidade de internação de seus bebês devido às condições gestacionais e/ou fetais, o que parece contribuir para a preparação emocional das mães: *“Eu já estava preparada para o parto prematuro, para a UTI Neonatal, eu já tinha noção do que podia acontecer”* (Jasmim); e *“Ele conseguiu a vaga [de UTI Neonatal], graças a Deus. Mas a gente sabia desde o princípio que ele teria que ter o atendimento na UTI Neonatal”* (Lírio).

Apesar das condições de preparação emocional trazidas pela maioria das mulheres-mães participantes, evidenciou-se a presença de sofrimento emocional significativo pela separação da díade mãe-bebê logo após o parto, juntamente com a frustração de expectativas em relação ao nascimento (Sousa *et al.*, 2012). Podemos observar tais aspectos emocionais a partir da fala de Lótus:

“Essa é uma lembrança muito doída que eu tenho porque nasceu, não deu para colocar perto, fazer aquela fotinho da criança no colo, já saíram correndo com eles para a UTI Neonatal para tentar salvá-los. (...) Quando eles foram para a UTI, eu fui para o quarto e só chorava porque eu queria que o parto tivesse sido depois, que eles tivessem aguentado mais tempo dentro de mim”.

O ambiente de UTI Neonatal pode desencadear uma situação de fragilidade emocional materna, permeada de medos e dificuldades na forma de se relacionar com o filho recém-nascido (Carvalho & Pereira, 2017). As participantes trouxeram o sentimento de impotência e a angústia por não poderem realizar os cuidados e por não poderem permanecer junto de seus filhos neste momento: *“(...) não podia viver, não podia ficar perto, não podia amamentar, ele não mamava nem nada, porque não podia nada”* (Lírio).

Carvalho e Pereira (2017) destacam que, mesmo diante das limitações de contato com os bebês no ambiente de UTI Neonatal, existem maneiras dos pais exercerem a parentalidade, conforme suas perspectivas particulares sobre este conceito, ao realizarem cuidados específicos com o bebê. A participação dos familiares neste contexto contribui para a validação e para o reforço da existência do bebê, mesmo depois do óbito. Neste sentido, as participantes enfatizam a importância da realização dos cuidados possíveis neste cenário, evidenciando a relevância emocional da participação ativa dessas mães no processo de saúde-doença de seus filhos:

“Quando as enfermeiras me falaram que eu podia tentar tirar o leitinho para dar para ela no caninho, nossa para mim aquilo foi o máximo. Me senti tão bem” (Hortênsia).

“Eu conversei com ele vivo, eu vi, eu sei todos os detalhes dele. (...) Eu tenho foto dele, eu tenho a possibilidade de às vezes parar e olhar para ele. Como o bebê que foi o meu filho. Todo o tempo possível que eu pude estar com ele, eu estive” (Lótus).

O ambiente de UTI Neonatal é estressor para o bebê e oferece tratamentos geralmente invasivos e de alta complexidade, fazendo com que as mães se deparem com seus filhos reais, em situações de sofrimento e gravidade clínica (Carvalho & Pereira, 2017; Moreira *et al.*, 2003; Sousa *et al.*, 2012). As mães/participantes trazem o sofrimento materno frente ao sofrimento do recém-nascido e o sentimento de impotência por não conseguir proteger o bebê da dor e fornecer a segurança e os cuidados de quando ele ainda estava em seu útero:

“Fora da barriga ele já não estava nas minhas mãos” (Lírio).

“Eu sofri muito no hospital durante a minha internação, e eu olhava para ele e via ele tão pequenininho passando por tudo aquilo. Tão pequeno, tão frágil, eu também não queria ver ele ali sofrendo daquele jeito, sabe?” (Lótus).

No que tange ao relacionamento com a equipe do setor, quatro das cinco participantes não mencionaram vivências significativas ou afetivas com os profissionais de saúde. Supõe-se que tal fenômeno esteja relacionado à intensidade emocional da vivência de hospitalização do recém-nascido, direcionando todos os recursos físicos e psicológicos da mãe ao bebê internado em estado grave. No entanto, Jasmim narrou sua experiência enfatizando o impacto positivo da vinculação com a equipe de saúde e da presença de uma profissional da psicologia para fornecer acolhimento e auxiliar na elaboração da experiência: *“90% do motivo de eu estar bem hoje foi o apoio de todo mundo aí” (Jasmim).*

Costa *et al.* (2012) refere que a presença de vinculação entre familiares e equipe de saúde responsável pelo recém-nascido contribui para amenizar a angústia e o sofrimento vivenciado pelos pais nesse contexto de vulnerabilidade emocional, facilitando assim a elaboração psíquica da experiência. As participantes destacam a importância do acompanhamento psicológico neste momento de vulnerabilidade. Porém, ainda há desafios para a inclusão do serviço de psicologia em cuidados intensivos neonatais dada a carência de recursos humanos e financeiros.

As principais fontes de sofrimento desta categoria foram a separação mãe-bebê após o nascimento e o medo decorrente do estigma referente ao ambiente de UTI Neonatal. Neste cenário, frequentemente as mães experimentam a sensação de vazio e de solidão pelo afastamento do recém-nascido, além do estresse e do medo diante do contexto desconhecido e de alta complexidade tecnológica que abrange a UTI Neonatal (Moreira *et al.*, 2003).

As possíveis intervenções psicológicas para manejo dessas repercussões emocionais visam facilitar a elaboração da experiência da internação em UTI Neonatal e a construção do vínculo afetivo mãe-bebê. A preparação emocional da mãe para a primeira visita em UTI Neonatal através de orientações sobre o setor pode contribuir para o processo de adaptação familiar à realidade da internação ao fornecer informações sobre as possíveis vivências dentro deste ambiente (Moreira *et al.*, 2003). Além disso, o contato precoce

entre mãe e bebê após o nascimento visa favorecer a continuidade do processo de construção do vínculo mãe-bebê, iniciado ainda durante a gestação, contribuindo para o desenvolvimento saudável do bebê e a saúde mental materna (Porto & Pinto, 2019). O vínculo mãe-bebê é constituído a partir da interação contínua entre mãe e filho, desde a gestação, nascimento e particularmente nas primeiras horas de vida do recém-nascido, período sensível para a formação desse laço (Maldonado, 2017).

Diante disso, dada a distância física provocada pela internação do bebê nos cuidados intensivos, uma intervenção possível é o incentivo ao registro fotográfico do recém-nascido ou o ato do psicólogo e outros profissionais da saúde de levar uma fotografia do bebê até a mãe que se encontra impossibilitada de se deslocar até o setor da UTI Neonatal. Por meio deste registro fotográfico previamente consentido pela mãe, trabalha-se com a criação de um espaço para a elaboração psíquica parental quanto à vinculação com o bebê na UTI. Por meio da fotografia, a mãe e demais familiares podem acessar a imagem do bebê e gradativamente construir novos sentidos sobre o vínculo parental.

CATEGORIA 2: O CONTATO COM A MORTE

A presente categoria em questão visa analisar a experiência das mães diante da perda neonatal, incluindo a notícia do falecimento do bebê e os significados atribuídos pelas mães aos acontecimentos que permeiam esse momento de sofrimento. As participantes trouxeram percepções acerca da proximidade da morte de seus bebês antes mesmo do falecimento, sendo possível hipotetizar que esse movimento ilustre o processo de aceitação da finitude dos filhos:

“Parece que eu sentia que no outro dia eu não ia ver porque ela estava tão quietinha. Eu comecei a chorar lá, sabe? Porque parecia que ela não ia viver e realmente não ia” (Hortênsia).

“Eu cheguei ali ele estava entubado, todo roxinho ali, mesmo os médicos falando que estavam fazendo de tudo, eu já sabia que eu não veria mais ele com vida” (Íris).

No que se refere ao momento da notícia do óbito, as vivências das participantes divergem entre si, porém o sentimento de todas engloba o desespero pela perda e o sofrimento emocional intenso, semelhante ao encontrado no estudo de Pereira *et al.* (2018). Assim como em Nascimento *et al.* (2015), algumas participantes evitaram receber a notícia do falecimento do filho, possivelmente como uma fuga dos sentimentos de desespero e impotência:

“Nesse momento o mundo cai, você chora, quer gritar, quer esperar” (Jasmim). “Logo que a gente saiu, eles ligaram para a gente pedindo para retornar, aí eu falei que não ia voltar porque já sabia o porquê. Ali no momento eu optei por não ver, eu não quis ver, quem resolveu tudo foi meu namorado” (Íris).

Em situações de dor intensa, a esperança se torna um apoio para tentar encarar o sofrimento e os familiares tendem a direcionar sua atenção às possibilidades curativas

de seus filhos, mesmo que as chances sejam mínimas (Moreira *et al.*, 2003). Lótus traz uma experiência semelhante ao encontrado na literatura: *“Por mais que tenha tido toda a complicação da gestação, a complicação do parto, tudo que tinha acontecido, eu nunca imaginei que eles poderiam morrer, eu tinha certeza absoluta que eles iam viver”* (Lótus).

O luto antecipatório pode ser vivenciado pela mãe em casos de conhecimento pré-natal de doenças do bebê, possibilitando a elaboração gradual da perda e contribuindo para a amenização do sofrimento após a perda (Bisotto *et al.*, 2021). Em casos de malformações fetais diagnosticadas no período pré-natal, esse tipo de luto pode se fazer presente, como traz Lírio:

“Eu falo que a gente viveu o luto durante a gestação porque a gente já sabia que ele não ia nascer muito bem (...) Deus vai lapidando o coração da gente porque eu já sabia que eu não ia trazer meu filho de volta para casa” (Lírio).

Hipotetiza-se que o contato precoce de Lírio com a possibilidade de morte de seu filho contribuiu para uma vivência intensa do período gestacional como forma de criar lembranças afetivas junto ao feto:

“Eu sabia que não ia poder carregar, não ia ter ele comigo, então enquanto eu pude ter ele na minha barriga, eu tive. ‘Me faz morada o quanto você quiser’, era o que eu sempre falava [para ele]” (Lírio).

Neste cenário, a principal fonte de sofrimento identificada foi o desespero, seja ele vivenciado em sua totalidade ou evitado numa tentativa de autopreservação emocional da mãe. No que tange à atuação da equipe de psicologia e multidisciplinar perante o falecimento de um bebê, cabe o acolhimento e validação dos sentimentos trazidos pelos familiares, sem julgamento de valor ou frases de invalidação do sofrimento presente, além do respeito ao tempo e rituais de luto dos mesmos. É função do psicólogo hospitalar facilitar o contato materno com a realidade da perda e proporcionar espaço para expressão de sentimentos, favorecendo a elaboração do luto (Muza *et al.*, 2013).

CATEGORIA 3: QUANDO PUDE SEGURAR MEU FILHO MORTO

Nesse eixo temático, busca-se descrever e analisar as experiências das mães quando puderam segurar seus filhos no colo após o falecimento. A realidade da UTI Neonatal limita o contato e impossibilita a realização de atividades contínuas de interação entre a mãe e o bebê, impactando na construção de vínculo afetivo entre ambos e na produção de recordações de convivência mútua (Harris *et al.*, 2018; Muza *et al.*, 2013). Íris narrou sua opção de não ver e não segurar o filho após o falecimento dentro da UTI Neonatal, evidenciando o sofrimento materno pela limitação do contato com o filho até o momento da morte: *“Eu queria lembrar ele vivo (...) Se fosse para pegar meu filho, eu preferia ter pegado meu filho vivo nos braços e não morto”* (Íris).

Jasmim, por outro lado, optou por segurar seu bebê, mas expressou sentimentos negativos pela impossibilidade de segurá-lo vivo: *“A pior coisa foi que eu não pude*

segurar ele [vivo], eu só toquei a mão do meu filho duas vezes, eu só peguei ele sem vida no meu colo” (Jasmim).

As ações maternas de despedida do filho, englobando a nomeação, o contato e o recolhimento de lembranças possíveis do bebê, contribuem para o reconhecimento do recém-nascido e para a valorização do sofrimento materno (Iaconelli, 2007). Isso pode ser observado nas falas das participantes:

“O pouco tempo que eu tive carregando ele também foi mágico, porque foi o único momento que eu realmente tive com ele (...) claro que foi um momento triste, é uma despedida né. Por mais que depois a gente tenha velado, a minha despedida com ele foi ali. Foi ali que eu carreguei, foi ali que eu vi, que eu peguei na mãozinha dele, que eu abracei, que eu chorei” (Lírio).

“Foi muito importante para mim, tocar nele, segurar ele, eu fiquei ali com ele no colo, coloquei ele na caminha, tirei foto dele, da mãozinha dele (...) Essa experiência foi muito válida, por mais que seja difícil na hora” (Lótus).

Em contrapartida, o contexto de óbito neonatal limita a convivência entre mãe e filho após o nascimento, reduzindo o repertório de lembranças sobre o bebê. Isso dificulta a evocação de recordações agradáveis após o óbito do recém-nascido, o que intensifica a ruptura da relação mãe-bebê e agrava o sofrimento emocional experienciado (Duarte & Turato, 2009; Muza *et al.*, 2013). Isso pode ser ilustrado pelo relato de Lótus sobre a perda de seu primeiro bebê, com apenas 8 horas de vida e antes da primeira visita da mãe em UTI Neonatal, o que desencadeou repercussões emocionais intensas que a impediram de optar pelo contato com o bebê morto:

“Eu estava em choque, eu falei não e não quis ver meu filho. Isso eu acho, se tivesse alguém para me orientar e me acalmar, eu queria ter uma foto dele, sabe? E eu não tenho. Eu não vi meu filho, eu não sei como ele era (...) Eu acho que isso me machuca muito hoje, eu queria ter feito diferente. Parecia algo do tipo ‘ele não existiu, enterra logo’, como se não fosse uma pessoa, que nasceu e existiu” (Lótus).

É possível identificar como principais fontes de sofrimento neste momento a tristeza e a frustração por não segurar o filho vivo. As possíveis intervenções psicológicas neste contexto visam sustentar o sofrimento da mãe e facilitar a despedida mãe-bebê ainda dentro do ambiente de UTI Neonatal, contribuindo para a criação de memórias significativas. O auxílio na criação de memórias físicas e afetivas do bebê morto pode facilitar a vivência do luto materno, pautando-se na atuação empática e eficiente neste momento de vulnerabilidade emocional (Laguna *et al.*, 2021; Muza *et al.*, 2013; Salgado *et al.*, 2021).

CATEGORIA 4: A VOLTA PARA CASA DEPOIS DA PERDA

Esta categoria objetiva descrever e analisar as vivências das mães participantes nos momentos seguintes à morte do bebê recém-nascido, englobando as experiências emocionais após a saída do hospital e retorno para casa. Assim como demonstrado no estudo de Pereira *et al.* (2018), as participantes compreenderam a volta para casa sem o filho como a representação da concretização da perda e do contato com a frustração de expectativas anteriores ao nascimento do bebê, causando a sensação de vazio e desesperança na mãe:

“Mas aí a ficha só caiu depois que enterrou e eu cheguei em casa (...) Quando caiu a ficha eu chorei a noite inteira, entrava em desespero, fechava o olho e via ele [bebê]” (Íris).

“Essa volta para casa sem nada porque quando você está grávida, você planeja tudo, você planeja a vida, e aí não acontece nada daquilo” (Lótus).

Em relação ao contato com o quarto e os itens comprados para o bebê, apenas Íris comentou sobre o sofrimento de guardar as roupas ao chegar em casa. As demais participantes indicaram a ausência da organização dos itens do bebê como uma forma de evitar a possível frustração de suas expectativas:

“Eu não arrumei o quartinho do bebê (...) muito mais triste eu sair do hospital, chegar em casa e ver o quartinho pronto e não ter o bebê” (Lírio).

“Embora eu já estivesse com tudo comprado, não tinha nada montado. E aí foi menos pior para mim” (Lótus).

A posição social das mães como responsáveis pela manutenção da saúde e bem-estar familiar impacta negativamente na vivência plena do luto neonatal ao impossibilitar a entrega ao sofrimento decorrente da necessidade de se manter disposta aos demais membros da família (Andrade *et al.*, 2017). As participantes trouxeram suas preocupações em relação às repercussões emocionais de outros familiares frente à morte do recém-nascido, bem como o arrependimento de não ter se permitido sentir a intensidade da perda do filho:

“Eu precisei ser forte para todo mundo, né Meu primeiro momento em casa foi com a minha menina. Quando eu cheguei, ninguém tinha falado com ela ainda. Eu falo que se não sou eu nessa casa as coisas não giram de jeito nenhum” (Jasmim).

“Eu tinha que tentar ser forte por causa do meu namorado, que ele também entrou em crise depois do velório” (Íris).

“Acho que eu deveria ter me permitido passar mais pela dor na época (...) eu sempre fui muito durona, eu sempre fui muito forte,

às vezes eu dava força para as pessoas de uma dor que eu estava passando” (Lírio).

As mulheres-mães/participantes relataram ainda sobre o contato com objetos que remetem à lembrança do bebê falecido ao chegar em casa. A criação de lembranças da criança possibilita a atribuição de identidade ao bebê falecido e valida o processo de luto da mãe (Laguna *et al.*, 2021):

“Eu via a foto dele todo o dia no meu celular porque eu tirei foto dele e queria ter ele comigo, então eu ficava olhando a fotinho por um momento para ficar com a imagem dele na minha cabeça” (Lírio).

“Recebi aquele polvinho, que eu falava que queria bastante. Daí de repente eu recebi ele de presente da minha filha. Ela deixou para mim” (Hortênsia).

Os polvos de crochê são parte de uma ação de humanização criada na Dinamarca em 2013 com o objetivo de acalmar os bebês prematuros e apresentam-se como um símbolo positivo de cuidado, na perspectiva dos familiares (Smith *et al.*, 2018).

Nesta categoria temática, foi possível identificar como principais fontes de sofrimento o desamparo em relação à maternidade e a sensação de vazio. Neste cenário, as intervenções psicológicas têm como objetivo a busca por estratégias que contribuam para o amparo das mães após a saída do hospital, visando a redução de consequência patológicas decorrentes da perda. Atuações profissionais voltadas para a aproximação das memórias do bebê e para a ampliação da rede de apoio dessas mães podem contribuir para a elaboração saudável do luto neonatal e para a regulação emocional (Laguna *et al.*, 2021; Muza *et al.*, 2013). Para além disso, quando identificado algum fator de risco para o desenvolvimento de luto prolongado, cabe ao psicólogo hospitalar encaminhar a mãe enlutada para acompanhamento psicológico a longo prazo. O acompanhamento psicológico pode auxiliar a mãe na elaboração da perda neonatal através do oferecimento de espaço para expressão de seus sentimentos, favorecendo o dimensionamento real da perda (Laguna *et al.*, 2021; Moreira *et al.*, 2003).

CATEGORIA 5: VIVENDO COM A DOR QUE FICA

Essa categoria temática busca descrever e analisar o processo de elaboração das mães/participantes sobre a experiência da perda dos filhos recém-nascidos e os recursos de enfrentamento utilizados nesse momento. As participantes relataram repercussões emocionais intensificadas após a perda:

“Eu não via muita graça em nada. Eu tinha apagado, sabe? Me escondia de todo mundo, não gostava de conversar. Aquela tristeza que parece que nunca mais ia sair de mim (...) Acho que pra mim o mundo já podia acabar porque eu já vivi tudo que tinha para viver e já deu tudo que tinha que dar, entendeu?” (Hortênsia).

“Foi quando eu tive a compulsão alimentar, isso foi bem impactante para mim” (Jasmim).

Mulheres com perdas gestacionais e/ou neonatais anteriores apresentam maior risco de ter prejuízo em sua qualidade de vida e desenvolver sintomas de ansiedade e depressão. O histórico desfavorável pode ainda gerar ansiedade em gestações futuras, podendo afetar a dinâmica familiar como um todo (Couto *et al.*, 2009). Seguindo essa linha de raciocínio, as participantes trouxeram o sentimento de medo ao vivenciar uma nova perda: *“Eu fiquei com medo de acontecer tudo de novo”* (Íris); *“Daí veio aquele medo de novo eu já tinha perdido um [filho], e tinha o medo constante de perder outro”* (Jasmim).

Em situação de óbito neonatal, não raro há uma desconsideração social da experiência do luto materno, incitando reações sociais de negação e racionalização, evitando o contato direto com a angústia gerada pela morte (Laguna *et al.*, 2021). Neste contexto, observa-se a presença de reações populares, que podem partir tanto da família quanto de profissionais de saúde, que visam poupar a mãe do sofrimento, mas acabam exercendo função contrária, uma vez que caracterizam o luto não reconhecido, reforçando o sofrimento da mãe enlutada e dificultando a elaboração da morte do filho e a retomada de atividades cotidianas (Laguna *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2020). As participantes trazem esse fenômeno em seus relatos:

“Esses comentários que as pessoas acham que estão ajudando, tipo ‘você ainda é nova’, ‘tenta de novo’, ‘adota, é tão fácil’. E não é isso, sabe? Não é outra pessoa que você vai colocar no lugar. Essa dificuldade de entenderem que meus filhos existiram” (Lótus).

“Às vezes eles falam ‘você tem que fazer uma oração forte que isso é uma macumba muito grande que fizeram para você’. Sabe? São coisas que vão te levando mais para baixo” (Hortênsia).

Na tentativa de lidar com os sentimentos despertados após a perda neonatal, as participantes referiram a busca por recursos de enfrentamento que auxiliassem nesse processo. Trouxeram o impacto positivo do apoio familiar na retomada gradual das atividades cotidianas:

“Minha família ajudou, meu marido foi muito parceiro, me ajudaram a levantar, a trabalhar, e voltar a ter vontade de continuar” (Lótus).

“O que mais me ajudou foi a minha família, principalmente meu marido e minha mãe. Todo mundo me dando apoio, conversando eles estavam ali comigo para tudo que eu precisasse” (Íris).

Algumas mães também relataram a importância do aspecto religioso nessa elaboração:

“Eu sinto que meu filho está lá em cima sendo cuidado por alguém. Eu não vejo como eu perdi ele. Vejo ele como um anjinho que está sendo cuidado pelo avô e pela madrinha. Ele está lá em cima com a família” (Jasmim).

Por fim, algumas participantes verbalizam a busca por serviços de atendimento psicológico individual para auxiliar no processo de elaboração do luto:

“Passei com psiquiatra, hoje eu tomo antidepressivo, que eu acho que me ajudou muito. E fui fazendo terapia, fui me reorganizando” (Lótus).

“Até tentei passar na época [com psicólogo] aqui da cidade, mas eu marcava e não conseguia, sempre marcando e não indo” (Hortênsia).

Por fim, as mães trazem o caráter permanente da sensação de falta após o óbito neonatal e o reforço contínuo da existência do bebê morto:

“É como eu falei, é uma dor que vai caminhar com a gente para o resto da vida, mas não dói mais como antes. A gente lembra, jamais vai esquecer, porque querendo ou não foi um filho que veio mas é uma dor que a gente vai acostumando, acaba ficando lá no fundinho, mas ela tá sempre lá” (Íris).

“Ele faz parte da nossa família (...) Esse luto eu acho que eu nunca vou deixar para lá. Ele faz muita falta” (Jasmim).

No luto neonatal, a sensação de perda é constante, e a aceitação e o convívio com esse sentimento permite a resignificação da realidade da mãe enlutada, aceitando o filho morto como parte de sua história (Andrade *et al.*, 2017). Lótus ilustra o convívio com a dor ao dizer: *“A gente precisa passar pela dor para se fortalecer dia a dia. É uma luta diária. Mas é a minha luta. Então é assim que eu consigo viver” (Lótus).*

Nesta categoria, as principais fontes de sofrimento identificadas foram a invalidação do sofrimento materno e a dificuldade de elaboração do luto. A partir disso, a orientação e treinamento adequados dos profissionais envolvidos nos cuidados ao neonato e à sua família quanto ao impacto de sua comunicação verbal e não verbal na elaboração do luto materno podem evitar a reprodução de falas de desvalorização do sofrimento e, conseqüentemente, o aumento do risco de luto prolongado (Laguna *et al.*, 2021). Além disso, a intervenção grupal com mães enlutadas pode favorecer aspectos de identificação entre os membros e contribuir para a elaboração do luto, auxiliando na representação e resignificação da perda (Iaconelli, 2007; Menezes & Marciano, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados da pesquisa, podemos refletir sobre os sofrimentos presentes nos momentos específicos da experiência da perda neonatal e sobre as intervenções possíveis nestes cenários. Os pontos discutidos visam auxiliar os profissionais da área da saúde e, particularmente, o psicólogo hospitalar a olhar para esse fenômeno de forma mais sensível e próximo da realidade experiencial das mães, além de oferecer possibilidades interventivas em recortes específicos da vivência relatada pelas participantes, contribuindo para a atuação prática dos profissionais.

O estudo em questão propõe reflexões dos significados atribuídos pelas mães à experiência da perda em UTI Neonatal, porém, dado o enquadre da pesquisa qualitativa que se debruça sobre a profundidade da experiência vivida, os resultados possibilitam uma teoria local contextualizada histórica e geograficamente para compreender essa experiência. Diante disso, é importante considerar as hipóteses levantadas em relação aos motivos das negativas das potenciais participantes, refletindo sobre os impactos da atuação multiprofissional e do tipo de suporte oferecido às mães para a elaboração do luto após o óbito de seus filhos. Supõe-se que a dificuldade dessas mulheres em entrar em contato com as lembranças do bebê morto esteja permeada pelo luto prolongado, facilitado pela escuta não afinada às necessidades desses familiares no momento da perda. Diante do sofrimento imensurável, essas mulheres devem receber acolhimento e ter acesso a estratégias que facilitem a elaboração da vivência e contribuam para a ampliação de fatores de proteção para o luto saudável.

Espera-se que esse trabalho ofereça novas perspectivas acerca da vivência emocional de mães frente ao óbito de recém-nascidos, contribuindo para a realização de outras pesquisas neste campo, bem como favoreçam o aprimoramento da atuação multiprofissional humanizada dentro do setor de UTI Neonatal.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, H. C. (2023). Especificidades do óbito perinatal e o luto possível. In M. C. Monteiro, A. M. R. Franqueira, & A. Coelho (Eds), *Morte e luto no contexto hospitalar e da saúde* (pp. 49-57). Editora dos editores.
- Andrade, M. L., Mishima-Gomes, F. K. T., & Barbieri, V. (2017). Recriando a vida: o luto das mães e a experiência materna. *Psicologia: teoria e prática*, 19(1), 21-32. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p33-43>.
- Batista, R. C., Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau*, 11(3), 23-38. Recuperado em 02 de dezembro de 2023, de <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rica/article/view/17910>
- Bisotto, L. B., Cardoso, N. O., & Argimon, I. I. L. (2021). Luto antecipatório materno: uma revisão integrativa nacional. *Revista do NUFEN*, 13(1), 98-113. Recuperado em 02 de dezembro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000100008&lng=pt&lng=pt
- Carvalho, L. S., & Pereira, C. M. C. (2017). As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. *Revista da SBPH*, 20(2), 101-122. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.20.256>.
- Costa, R., Locks, M. O. H., & Klock, P. (2012). Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(3), 355-360. Recuperado em 02 de dezembro de 2023, de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/2382>
- Couto, E. R., Couto, E., Vian, B., Gregório, Z., Nomura, M. L., Zaccaria, R., & Passini Júnior, R. (2009). Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *São Paulo Medical Journal*, 127(4), 185-189. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802009000400002>.
- Doka, K. J. (2008). Disenfranchised grief in historical and cultural perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, W. Stroebe (Orgs.). *Handbook of bereavement research and practice advanced in theory and intervention* (pp. 223-140). American Psychological Association.
- Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 485-490. Recuperado em 02 de dezembro de 2023, de <https://www.scielo.br/j/pe/a/HWWJNxHsh98RZZ6HpXtJ5mc/>

- Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Artmed.
- Harris, R., Gibbs, D., Mangin-Heimos, K., & Pineda, R. (2018). Maternal mental health during the neonatal period: relationships to the occupation of parenting. *Early Human Development, 120*, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.03.009>.
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 10*(4), 614-623. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>.
- Kroef, R. F. S., Gavillon, P. Q., & Ramm, L. V. (2020). Diário de campo e a relação do(a) pesquisador(a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 20*(2), 464-480. <http://doi.org/10.12957/epp.2020.52579>.
- Laguna, T. F. S., Lemos, A. P. S., Ferreira, L., & Gonçalves, C. S. (2021). O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. *Research, Society and Development, 10*(6), e5210615347. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15347>.
- Lenhart, A. (2012, 19 March). Teens, smartphones & texting. Pew Research Center. Recuperado em 02 de dezembro de 2023, de <https://www.pewresearch.org/internet/2012/03/19/teens-smartphones-texting/>.
- Marçola, L., Zoboli, I., Polastrini, R. T. V., & Barbosa, S. M. M. (2020). Breaking bad news in a neonatal intensive care: the parent's evaluation. *Revista Paulista de Pediatria, 38*, e2019092. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2019092>.
- Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor* (5a ed.). Ideias & Letras.
- Menezes, N. R. C., & Marciano, R. P. (2019). Morte na maternidade: intervenção psicológica em um grupo de mães enlutadas. *Perspectivas em Psicologia, 23*(1), 176-189. <https://doi.org/10.14393/PPv23n1a2019-51148>.
- Moreira, M. E. L., Braga, N. A., & Morsch, D. S. (Orgs.). (2003). Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Editora Fiocruz. Recuperado em 02 de dezembro 2023, de <https://static.scielo.org/scielobooks/rqhtt/pdf/moreira-9788575413579.pdf>
- Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: teoria e prática, 15*(3), 34-48. Recuperado em 02 de dezembro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&nrm=iso
- Nascimento, D. C., Nasser, G. M., Amorim, C. A. A., & Porto, T. H. (2015). Luto: uma perspectiva da terapia analítico comportamental. *Psicologia Argumento, 33*(83), 446-458. <https://doi.org/10.7213/psicol.argument.33.083.AO01>.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., Moules, N. K. (2017). Thematic analysis: striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods, Calgary, 16*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>.
- Parkes, C. M. (1998). Luto: estudos sobre a perda na vida adulta (3a ed.). Summus.
- Pereira, M. U. L., Gonçalves, L. L. M., Loyola, C. M. D., Anunciação, P. S., Dias, R. S., Reis, I. N., Pereira, L. A. S., & Lamy, Z. C. (2018). Comunicação da notícia de morte e suporte ao luto de mulheres que perderam filhos recém-nascidos. *Revista Paulista de Pediatria, 36*(4), 422-427. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;4;00013>.
- Porto, M. A., & Pinto, M. J. C. (2019). Prematuridade e vínculo mãe-bebê: uma análise em UTI neonatal. *Perspectivas em Psicologia, 23*(1), 139-151. <https://doi.org/10.14393/PPv23n1a2019-51041>.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. K., Wortman, C., Niemeyer, R. A., Bonanno, G. A., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine, 6*(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>.
- Rodrigues, L., Lima, D. D., Jesus, J. V. F., Lavorato Neto, G., Turato, E. R., & Campos, C. J. G. (2020). Experiências de luto das mães frente à perda do filho neonato. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 20*(1), 65-72. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100005>.

- Salgado, H. O., Andreucci, C. B., Gomes, A. C. R., & Souza, J. P. (2021). The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil - a quasi-experimental before-and-after study. *Reproductive Health, 18*, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4>.
- Silva, J. D. D., & Sales, C. A. (2012). Do imaginário ao real: a experiência de pais enlutados. *Revista Rene, 13*(5), 1142-1151. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20120005000019>.
- Smith, A., Tamgumus, S., Lawless, S., Penrose, P., El-Khuffash, A., & Boyle, M. (2018). Tentacles for tinies: the many arms of the crocheted octopus. *Irish Medical Journal, 111*(8). Recuperado em 02 de dezembro de 2023, de <https://imj.ie/tentacles-for-tinies-the-many-arms-of-the-crocheted-octopus/>.
- Sousa, A. M., Mota, C. S., Cruz, I. A. C., Mendes, S. S., Martins, M. C., & Moura, M. E. B. (2012). Feelings expressed by mothers of premature newborns admitted to the neonatal ICU. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 3*(5), 100-110. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2011.v0iSupl..100-110>.
- Stake, R. E. (2011). Pesquisa qualitativa: Estudando como as coisas funcionam. Penso.
- Youngblut, J. M., Brooten, D., Cantwell, G. P., Del Moral, T., & Totapally, B. (2013). Parent health and functioning 13 months after infant or child NICU/PICU death. *Pediatrics, 132*(5), e1295–e1301. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1194>.
- Zetumer, S., Young, I., Shear, M. K., Skritskaya, N., Lebowitz, B., Simon, N., Reynolds, C., Mauro, C., & Zisook, S. (2015). The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *Journal of Affective Disorders, 170*, 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.021>.