

# O PROCESSO DE LUTO NA INFERTILIDADE FEMININA

*The Mourning Process In Female Infertility*

Adriane Aparecida Ferreira da Silva<sup>1</sup>

Larissa do Ó Silva<sup>2</sup>

Rafael Menezes Souza Canuto<sup>3</sup>

Rodrigo Jorge Salles<sup>4</sup>

---

Artigo encaminhado:15/06/2024

Artigo aceito para publicação:03/04/2025

## RESUMO

A infertilidade consiste na incapacidade de um casal em obter êxito na gravidez dentro do período de um ano de tentativas sem uso de métodos contraceptivos. Estima-se que o número de indivíduos afetados por este diagnóstico vem aumentando nos últimos anos. Desta maneira, o presente estudo teve como objetivo principal compreender e analisar as implicações emocionais do diagnóstico de infertilidade na vida de mulheres brasileiras. Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória de metodologia qualitativa, com delineamento de estudo de caso único. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com uma mulher de 28 anos de idade, diagnosticada com infertilidade em 2022. A análise dos dados foi feita por meio do procedimento de análise de conteúdo. Observou-se que as violências da equipe de saúde, o ideal de maternidade, baixa rede de apoio, pressões familiares e sociais sobre o estereótipo maternidade e a culpa, foram fatores dificultadores na elaboração do luto pela infertilidade. Conclui-se que são necessárias reflexões acerca das medidas de cuidado com mulheres com o diagnóstico de infertilidade, bem como o investimento em formas de assistência física e psíquica para essa população.

**Palavras Chave:** Infertilidade feminina, Saúde mental, Luto materno.

## ABSTRACT

Infertility is the inability of a couple to succeed in pregnancy within a one-year period of trying without using contraceptive methods. It is estimated that the number of

---

<sup>1</sup> Psicóloga. Pós-graduada em Avaliação Psicológica com ênfase no contexto forense pela Artmed/PUC-PR. E-mail: [psi.adriferreira@gmail.com](mailto:psi.adriferreira@gmail.com)

<sup>2</sup> Psicóloga graduada pela Universidade São Judas Tadeu (USJT). E-mail: [larissa.psico011@gmail.com](mailto:larissa.psico011@gmail.com)

<sup>3</sup> Psicólogo Hospitalar. Especialista em Hospital Geral pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUS) e em Cuidados Paliativos e Terapia da Dor pela PUC/PR. Docente da Universidade São Judas Tadeu (USJT). E-mail: [canuto.rms@gmail.com](mailto:canuto.rms@gmail.com)

<sup>4</sup> Psicólogo. Doutor e Mestre em Psicologia Clínica pelo IP/USP. Docente do curso de Pós-graduação em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas Tadeu (USJT). E-mail: [rodrigosalles@hotmail.com](mailto:rodrigosalles@hotmail.com)

individuals affected by this diagnosis has been increasing in recent years. Thus, the main objective of the present study was to understand and analyze the emotional implications of an infertility diagnosis in the lives of Brazilian women. This is an exploratory field research using qualitative methodology, with a single case study design. A semi-structured interview was conducted with a 28-year-old woman, diagnosed with infertility in 2022. Data analysis was performed by using the Content Analysis technique. It was observed that medical negligence, idealization of motherhood, low support network, family and social pressures on the motherhood stereotype, and guilt, were factors that hindered the process of mourning for infertility. It is concluded that there is a need for reflections on care measures for women diagnosed with infertility, as well as investment in forms of physical and psychological assistance for this population.

**Keywords:** Female Infertility, Mental Health, Maternal Mourning.

## 1 INTRODUÇÃO

Estar integrado em uma sociedade implica, de forma involuntária, que todos os indivíduos assumam papéis sociais que foram estabelecidos e impostos pelos próprios participantes desse sistema, definindo padrões de comportamento, responsabilidades e deveres aos quais devem se submeter e se ajustar. Historicamente, as mulheres eram relegadas ao papel de meras reprodutoras biológicas, não sendo reconhecidas como seres individuais capazes de se comunicar e de possuir desejos próprios (Colares; Martins, 2016).

Limitadas às funções de esposas e mães, dedicando-se exclusivamente aos cuidados familiares e à manutenção do lar, ser mulher torna-se um papel social no qual as escolhas são restritas, gerando expectativas que, quando não atendidas, resultam em conflitos tanto internos quanto externos (Splenger; Lima, 2021). Apesar das mudanças contemporâneas, que possibilitaram à mulher reivindicar sua participação social, independência econômica, e o poder de tomar as próprias decisões sem necessitar do consentimento do homem, as expectativas relacionadas à maternidade continuam a ser um aspecto inerente a identidade feminina, podendo gerar desconforto tanto àquelas que optam por não ter filhos, como para aquelas que possuem o diagnóstico de infertilidade (Colares; Martins, 2016).

Para que a gravidez ocorra de forma natural, é necessário um funcionamento adequado dos órgãos reprodutores, tendo um ciclo menstrual regulado que possibilite a fase de ovulação, que por sua vez, possa permitir a fecundação. Porém, para algumas mulheres esse processo não ocorre como esperado. Neste sentido, Chatel (1995) afirma que se o corpo fêmeo não atende as demandas de procriação, supõe-se problemas diante do desejo do outro em ter um filho.

Por definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2023), a infertilidade é uma doença do sistema reprodutor masculino ou feminino que consiste na incapacidade de um casal em obter êxito da gravidez dentro do período de um ano em que mantém relações sexuais frequentes, sem fazer uso de métodos contraceptivos. Essa infertilidade pode ser primária, quando desde a primeira tentativa não se atinge a gravidez, e secundária, quando o indivíduo e/ou casal obtiveram êxito na primeira gestação, porém a partir da segunda tentativa não obtêm sucesso. Cerca de 17,5% da população adulta em idade reprodutiva é acometida pelo diagnóstico de infertilidade (WHO, 2023).

Os dados nem sempre são concordantes, mas estima-se que o número de indivíduos inférteis vem aumentando nos últimos anos, atingindo cerca de 30% dos casais em idade fértil. Dessas ocorrências, os fatores femininos e masculinos contribuem igualmente, cada um com uma taxa de 35%, enquanto 20% são atribuídos a uma combinação de fatores masculinos e femininos, e 10% permanecem inexplicáveis. Ainda assim, devido às pressões sociais e familiares, os casais postergam a procura de ajuda médica por temerem a estigmatização, podendo levar anos para tomarem a iniciativa de buscar uma resposta para a dificuldade de engravidar (Faria; Grieco; Barros, 2012).

Como fatores que não contribuem para a fertilidade feminina, devemos considerar a idade, o histórico de anomalias menstruais, fatores ovarianos-hormonais, fatores tubo-peritoneais, além de fatores uterinos, imunológicos, genéticos, alterações expressivas de peso, a contração de infecções sexualmente transmissíveis, o consumo de álcool, drogas ou tabaco, e a exposição a poluentes ambientais. Todavia, do ponto de vista feminino, a idade exerce uma das maiores influências na capacidade de conceber um filho, pois o pico de fertilidade se estabelece aos 25 anos e diminui de forma progressiva após os 30 anos,

sendo o intervalo compreendido entre 35 e 44 anos de idade considerado o período de maior risco de infertilidade (Leonardo et al, 2012; Lima; Lourenço, 2016).

A percepção das dificuldades de concepção é provavelmente o primeiro momento de confronto com a infertilidade, marcando o início de um longo percurso de investigações clínicas, realizando exames, por vezes invasivos, tratamentos com foco em possíveis patologias e terapêuticas de fertilização artificial, que em geral, tem um alto custo e não garantem sucesso. Quando a mulher percebe que o sonho da maternidade pode não ser possível por vias naturais, ela vivencia uma perda decorrente da impossibilidade de cumprir, tanto com seu próprio desejo, quanto com a expectativa que a sociedade impôs sobre ela por toda a vida, tornando a vivência psicológica da infertilidade análoga a um processo de luto (Leonardo et al, 2012; Lima; Lourenço, 2016).

Segundo Cavalcanti, Samczuk e Bonfim (2013), o luto é caracterizado como uma perda de um elo significativo entre o sujeito e o objeto, não sendo este limitado apenas à morte de uma pessoa querida. Em seus escritos “Luto e melancolia”, Freud (1917/2010), expõem o processo do luto como sendo uma reação diante a ruptura com um objeto. No entanto, um processo de luto mal trabalhado pode gerar um luto complicado, nomeado por Freud (1917/2010) como Melancolia. Freud (1917/2010) descreve que tanto o luto como a melancolia possuem os mesmos sintomas, sendo eles: perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade, abatimento doloroso e cessação de interesses pelo mundo exterior. Para Freud (1917/2010), o que diferencia o luto e a melancolia seria a diminuição da autoestima, presente apenas na melancolia.

Em seu ensaio, Freud (1917/2010) analisa que no processo do luto, logo após ser constatado pelo teste de realidade a ruptura com o objeto, é necessário que toda a libido direcionada a tal objeto seja retirada. Trata-se de um processo árduo e lento, tendo como desfecho a desinibição do Ego para a realização de novos investimentos libidinais. Já na melancolia, Freud (1917/2010), descreve um processo distinto, em que após ser constatada a ruptura com o objeto perdido, toda a libido é direcionada ao Ego, resultando na identificação do Ego com o objeto perdido, prolongando o estado de luto e dificultando a sua elaboração.

Logo, fruto da perda de uma ideia e/ou desejo, que é a perda de um filho que não poderá ser gerado, a vivência psicológica do luto pela infertilidade pode

funcionar como um fator de risco para o adoecimento emocional, originando desânimo, frustração, culpa, ansiedade, perda de controle sobre o próprio corpo e baixa autoestima, prevalecendo uma enorme incerteza, causando implicações na identidade, sobretudo, quando a gestação de um filho é encarada como objetivo central e muitas vezes único de vida (Lopes; Leal, 2012).

Por isso, a infertilidade não deve ser tratada apenas por seu sofrimento físico, mas também psíquico, já que sintomas de estresse, ansiedade e depressão são prevalentes nas mulheres nesta situação, como consequência do impacto do diagnóstico em suas vidas (Hayashi; Moriyama, 2019).

Considerando que a maternidade possui um valor cultural significativo na afirmação de gênero e identidade dos indivíduos — somado às expectativas sociais historicamente impostas às mulheres — muitas vezes se esquece que a infertilidade pode ter origem tanto em homens quanto em mulheres. Nesse contexto, os dados sobre a infertilidade no Brasil e no mundo despertam interesse em compreender os impactos desse diagnóstico na vida das pessoas afetadas, seja em aspectos sociais, conjugais e/ou mentais (Spotorno; Silva; Lopes, 2008; Félis; De Almeida et al., 2016). Portanto, o objetivo do presente estudo foi compreender e analisar as implicações emocionais do diagnóstico de infertilidade na vida de mulheres.

## **2 PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo de campo, metodologia qualitativa e delineamento de estudo de caso único. Segundo Gil (2008) o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado. Esse tipo de pesquisa pode ser útil para explicar as variáveis envolvidas em um fenômeno complexo, no qual não é possível utilizar levantamento de dados e experimentos (Gil, 2008). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu em junho de 2023, sob o número de parecer (OCULTO) e CAAE: (OCULTO)

Participou deste estudo uma mulher, selecionada a partir de critérios de amostragem por conveniência. O recrutamento da participante ocorreu a partir do compartilhamento de uma carta convite em grupos de apoio à mulheres com infertilidade, em redes sociais como Facebook, Instagram e WhatsApp. Foram adotados como critérios de inclusão ser brasileira, do sexo feminino, com idade

igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico de infertilidade, em qualquer grau, de acordo com o CID-10 (1996). Foram excluídas mulheres que possuíam o diagnóstico, porém nunca possuíram o desejo de ter filhos.

A coleta de dados ocorreu a partir do uso de um questionário de caracterização sócio econômica e um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas sobre a relação com a maternidade, os impactos do diagnóstico de infertilidade e o tipo de apoio recebido. Os instrumentos foram desenvolvidos pelos pesquisadores a partir dos objetivos delimitados.

Durante a divulgação da carta convite, uma participante se enquadrou nos critérios de inclusão da pesquisa ao responder o questionário sociodemográfico e foi convidada a participar de uma entrevista semiestruturada. A participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e foi entrevistada virtualmente pela plataforma WhatsApp, com duração de aproximadamente 40 minutos. Os dados coletados foram gravados em equipamento de áudio e transcritos na íntegra para análise. Os áudios originais foram apagados após a transcrição.

Para a análise dos dados coletados foram adotadas duas etapas, a primeira sendo a apresentação do caso, e a segunda, optou-se pela utilização do procedimento de análise de conteúdo (Bardin, 1977). Para realizar a análise dos dados coletados foram seguidas as seguintes etapas: 1) pré exploração do material obtido; (2) seleção das unidades de registro; (3) construção das categorias temáticas; (4) discussão das categorias temáticas a partir do referencial teórico psicanalítico sobre o luto e os impactos emocionais da infertilidade.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A apresentação dos resultados foi dividida em dois momentos. Inicialmente foi realizada uma síntese que introduz a história de vida da participante, seguida da apresentação das categorias de discussão definidas após a análise da entrevista. De acordo com os dados coletados, foram construídas três categorias temáticas: O significado da maternidade e os impactos da infertilidade; Violência obstétrica: negligência e despreparo da equipe médica; Interferências sociais e familiares no processo de luto.

#### **Apresentação do caso<sup>5</sup>**

---

<sup>5</sup> Foi adotado nome fictício visando a manutenção do sigilo da participante.

Giulia, 28 anos, é uma mulher casada e atualmente mora no interior do estado de Goiás. Mãe de uma menina de 8 anos de idade com diagnóstico de autismo.

Em 2021, Giulia e seu esposo deram início às tentativas de gravidez e começaram a se preparar de forma financeira e psicológica para a chegada de outro filho. Neste mesmo ano, após ter realizado testes de farmácia e o exame de sangue, foi constatada a gravidez. Quatro semanas depois, durante exames de pré natal, não foi possível encontrar o feto e seus batimentos cardíacos, sendo este o seu primeiro aborto.

A partir da primeira perda, Giulia procurou por um especialista ginecológico com quem iniciou um tratamento que envolvia a realização de exames como o ultrassom vaginal e a ingestão de vitaminas como ácido fólico e ferro, que visavam a preparação do útero para a fecundação. Em 2022, grávida de gêmeos, realizando acompanhamento médico regular, durante a entrada no quarto mês de gestação, Giulia passou a sentir dores de forma constante e que foram se intensificando a ponto dela não suportar mais e solicitar que o esposo a levasse para outra cidade em busca de auxílio médico.

O primeiro atendimento ocorreu em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde ao utilizar o banheiro da unidade, com o auxílio do marido, expeliu um dos embriões. Em virtude da gravidade do caso, Giulia foi encaminhada para o Hospital Regional para que recebesse o auxílio adequado. Ao chegar no Hospital Regional, Giulia relatou o ocorrido no banheiro da unidade de transferência. Os médicos duvidaram da veracidade do fato e deram outras explicações sobre o que poderia ter ocorrido. Neste momento Giulia afirma que a falta de confiança foi um fator que mobilizou seu estado emocional já abalado pela perda.

Dentro deste hospital, enquanto esperava para ser chamada para a realização de um ultrassom, Giulia foi encaminhada para aguardar em uma sala com outras mulheres cujas gestações estavam em andamento e em perfeitas condições. Neste local Giulia pode ouvir algumas mulheres escutando os batimentos cardíacos de seus bebês, compartilhando a ansiedade pelo parto, as perspectivas futuras, assim como a realização de procedimentos que atestavam o bem estar de suas gestações. Giulia narra que essa situação intensificou sua dor e sua fragilidade.

Ao realizar o ultrassom, foi constatada a presença de apenas um dos embriões, e após diversas tentativas por parte do médico de encontrar batimentos cardíacos, foi confirmado que ela havia sofrido um aborto. Giulia foi encaminhada para a realização de uma curetagem para a retirada do material biológico restante no útero. Ela foi encaminhada para a sala de cirurgia onde seria realizado o procedimento de curetagem, e neste momento, enquanto o médico tentava observar o colo de seu útero, foi constatado uma malformação uterina, sendo encontrados dois úteros e dois canais vaginais, características da anomalia congênita rara conhecida como *útero didelfo*. O procedimento foi interrompido, e somente após quatro dias desde a entrada no hospital, com a aparição de outro médico especialista, os restos biológicos foram por fim retirados do útero.

Posteriormente, ao consultar um ginecologista especializado e realizar novamente um ultrassom transvaginal, foi confirmado o diagnóstico de Útero didelfo. Giulia relata ter passado por um grande sofrimento após receber o diagnóstico, sentindo que estava perdendo uma parte de si mesma. Ela também expressou frustração por ter sido negligenciada ao longo dos anos em que se consultou regularmente com ginecologistas, sem que sua condição fosse detectada em nenhum exame anterior, incluindo durante a gestação de sua filha. Giulia tinha um histórico de menstruação intensa, mas sempre considerou isso como algo normal, já que nenhum exame havia contestado o contrário, o que tornou a aceitação da má formação uterina muito difícil e dolorosa.

Na atualidade, Giulia relata que ainda existe uma grande dificuldade em seu ambiente social e familiar, especialmente o marido, em compreender a sua condição de infertilidade e respeitar a sua decisão de não realizar novas tentativas de engravidar, devido ao trauma sofrido. Os familiares a colocam em uma posição desconfortável, sem observar o sofrimento que causam quando pressionam para a realização de tratamentos que possuem baixa taxa de efetividade e custos elevados, com os quais ela não poderia arcar.

Todo o ocorrido afetou significativamente o relacionamento de Giulia com seu esposo, que inicialmente chegou a culpá-la pela perda que sofreu. Giulia considerou a ideia de pôr um fim ao casamento como medida para esquecer o trauma sofrido. Ambos passaram a se distanciar dos ciclos sociais e familiares, a fim de evitar as cobranças e até mesmo ter que comentar sobre o diagnóstico. Giulia também relata que os dois se fecharam e passaram a evitar um ao outro. Neste período buscaram

auxílio espiritual e psicológico, numa tentativa de restabelecer o relacionamento que vinha definhando.

A figura da filha foi de suma importância para Giulia, pois o seu foco foi totalmente direcionado a ela, passando a se esforçar para estar bem e dar o melhor de si para sua criação, encontrando, assim, forças para lidar com o processo de luto que estava vivenciando. Considera a filha como o seu "milagre", sendo "a gestação que deu certo" (sic) apesar das dificuldades.

Devido ao aborto sofrido, Giulia não conseguia ficar sozinha em casa, pois temia seus pensamentos de morte e ideações suicidas, sentia-se constantemente ansiosa, sem vontade de levantar da cama e sem apetite. Durante este período, Giulia realizou atendimentos psicológicos e psiquiátricos, com intervenção medicamentosa, para lidar com os possíveis diagnósticos de ansiedade, depressão e síndrome do pânico.

Os eventos listados abalaram sua família, as expectativas de seu futuro e a forma com a qual lida com o seu corpo, gerando diversos conflitos internos ligados à culpa que sente pelo ocorrido.

### **O significado da maternidade e os impactos da infertilidade**

Neste primeiro tópico foram discutidos os significados atribuídos por Giulia à maternidade e suas expectativas, seguido de uma análise sobre as frustrações derivadas do aborto e a vivência psicológica análoga a um processo de luto decorrente das perdas. De acordo com Colman e Colman (1994); e Silveira e Ferreira et al. (2011), a gestação é um processo de grandes transformações, que muda inevitavelmente a vida de uma mulher, ao ponto de questionar a sua própria identidade e conceito pessoal; e pode desempenhar o papel de satisfação pessoal e contribuição para a autoestima; cumprimento de um papel social; e também à um sentido religioso, que emprega à gravidez um ideal feminino, considerando este momento como uma benção divina por garantir a reprodução e formação familiar.

Segundo os autores, este período também é permeado por sentimentos ambivalentes, devido ao processo de adaptação a uma nova condição, à alegria na confirmação da gravidez e a possibilidade de poder compartilhar este momento com o círculo social e familiar, mas também o medo pela possibilidade de perda gestacional e possíveis mudanças na rotina ao tornar-se mãe. Além das vivências psicológicas, iniciam as alterações físicas: enjoos, náuseas, vômitos e fraquezas

que podem surgir e ser significativamente desconfortáveis, contribuindo para a forma como a mulher experimenta a gestação (Colman; Colman, 1994).

Motivada pelo desejo de sua filha por uma companhia, Giulia e seu marido passaram a sentir a necessidade de aumentar a família, e começaram a se preparar financeira e psicologicamente para a chegada deste novo membro. Segundo Trindade (2017) é a partir desta decisão que ocorre a constituição da criança, de forma que o bebê passa a existir antes mesmo de seu nascimento, mediante os desejos e expectativas parentais. Tal situação desencadeia a construção de diversas fantasias, relacionadas à projeção de conteúdos inconscientes de origem infantil, nomeações e atribuições físicas, mesmo antes de seu nascimento, originando um bebê imaginário, o que possibilita que a mãe constitua um espaço subjetivo para receber este filho. Deste modo, ao pensar na interrupção da gestação, como em casos de aborto espontâneo, a sensação de perda não se limita apenas à perda real do feto, mas também à perda subjetiva deste bebê, conforme ilustrado no relato de Giulia:

"[...] você nunca vai esquecer, você nunca vai deixar de imaginar como que ia ser o rosto, com quem ia parecer mais, como seria a sua vida, como seria a relação com o seu outro filho, com o seu esposo, como ficaria os avós,[...]" . (Giulia)

Ao falar sobre a intensidade das complicações emocionais decorrentes da perda, Aguiar (2016) observara que, para a mulher, a vivência do aborto configura-se como um momento de vulnerabilidade física e emocional, sendo carregado por uma carga psíquica de culpa, medo e responsabilidade, que evidencia a realidade de que o início da vida está intrinsecamente ligado à inevitabilidade da morte. Bitelbron, Kruel e Dotto (2016) destacam que a perda do bebê traz à tona sentimentos de fragilidade, frustração e tristeza, podendo ainda representar uma ruptura na identidade, o que implicaria na reconstrução da mesma. Outros estudos corroboram com os dados discutidos sobre os impactos psicossociais diante da perda do bebê, sendo elencado uma diminuição na qualidade de vida, sentimentos como culpa, tristeza, medo, angústia, exclusão social, sintomas ansiosos e sintomas depressivos (Batista; Bretones; Almeida, 2016; Ezzell, 2016; Oberg; Borneskog; Ternstrom, 2023).

Giulia vivenciou a experiência da perda vinculada ao aborto duas vezes; no início da primeira gestação, semanas após a descoberta, e no 4º mês de gestação, em uma gravidez gemelar, em que Giulia sofreu violência obstétrica, geradora de traumas. Na última gestação, ao realizar o processo de curetagem para a retirada dos restos de materiais biológicos ainda presentes em seu útero, foi observado uma anomalia na sua formação uterina, levantando a hipótese diagnóstica de Útero Didelfo. Devido ao diagnóstico, a cirurgia foi interrompida e Giulia teve que se submeter novamente ao procedimento, mas dessa vez com um profissional especialista nessa condição.

A hipótese diagnóstica se confirmou posteriormente à realização de novos exames ginecológicos, sendo observada a presença de dois canais vaginais e dois úteros, caracterizando uma condição congênita uterina rara conhecida como útero didelfo, responsável pela dificuldade em conseguir dar continuidade nas gestações. O diagnóstico gerou grande choque, inconformidade, e segundo Giulia "eu senti que estava perdendo uma parte grande de mim" (sic), uma vez que ao longo de sua vida diversos exames ginecológicos foram realizados, e uma gravidez já havia ocorrido anteriormente, sendo que em nenhum momento foi levantada qualquer tipo de hipótese diagnóstica que a levasse a se preocupar com eventuais complicações futuras.

De acordo com Rezai al. (2015), mulheres portadoras do diagnóstico de útero didelfo podem ser inférteis, ou caso consigam engravidar, poderão ter maior incidência de aborto espontâneo precoce, rotura prematura de membranas, trabalho de parto pré-termo, apresentação fetal anômala e maior taxa de parto por cesariana. De acordo com relato de Giulia, devido a sua condição, suas chances de obter êxito em uma nova gestação seriam de cerca de 20%, um dos fatores que a desencorajou a realizar novas tentativas de engravidar, seja por meios naturais ou com tratamentos para a fertilização.

Por definição da OMS (WHO, 2023), a infertilidade é uma doença do sistema reprodutor masculino ou feminino que consiste na incapacidade de um casal em obter êxito da gravidez dentro do período de um ano em que mantém relações sexuais frequentes, sem fazer uso de métodos contraceptivos. Giulia se enquadra em dois critérios estabelecidos pela OMS para definir quadros de infertilidade: quando o indivíduo e/ou casal obtiveram êxito na primeira gestação, porém a partir

da segunda tentativa não tiveram sucesso, ou em casos de infertilidade relativa, que ocorre quando há a concepção, porém o casal não consegue levar a gravidez adiante devido a abortos espontâneos.

Em decorrência da incapacidade de concretizar a maternidade por vias naturais, Ferraro (2019) propõe que a vivência psicológica desta mulher pode ser análoga a um processo natural de luto, de forma complexa e individual. Dunkel-Schetter e Lobel (1991) acrescentam que a infertilidade pode ter efeitos ao nível da perda de autoestima, sentimentos de inadequação, problemas de identidade e mudanças na visão do mundo, podendo levar a pessoa à pensamentos e ideações suicidas, assim como relatado por Giulia durante a entrevista.

Segundo Giulia, a parte mais difícil em lidar com o diagnóstico de infertilidade foram as cobranças relacionadas a novas tentativas por parte de seu ciclo social e familiar. Giulia destaca que para os familiares o bebê nunca existiu concretamente, e desta forma passaram a minimizar, subestimar e descharacterizar o fato, não reconhecendo seu luto e descredibilizando o diagnóstico de infertilidade, sugerindo tratamentos sem considerar os custos de tais procedimentos, suas chances e a possibilidade de ter que repeti-los inúmeras vezes. O seu próprio desejo da sonhada maternidade, assim como as expectativas impostas pela sociedade por toda a sua vida, contribuíram para que esta impossibilidade torne a vivência psicológica análoga a um processo de luto (Cavalcanti; Samczuk; Bonfim, 2013). Em consequência da falta de reconhecimento da existência desta perda, Giulia e seu parceiro estabeleceram certo isolamento social, numa tentativa de se privarem da exposição e pressão sobre algo tão delicado e particular.

Foi observado que Giulia não teve seu luto reconhecido e validado pelo seu meio. Diante disso, Giulia teve que vivenciar a dor da perda de maneira solitária, aspecto que dificulta o processo de elaboração do luto, podendo torná-lo um luto complicado. Segundo Casellato et al. (2015), é fundamental reconhecer e nomear o sofrimento pela perda, podendo assim favorecer um destino e espaço para elaboração. Sem a legitimação do sofrimento, a pessoa em luto vive sua dor sem um suporte ambiental adequado, não dando vazão aos seus afetos e não podendo acessar a realidade da ausência do objeto perdido (Guimaraes; Faria, 2024; Dumitru et al., 2024). Em vista de todos os acontecimentos, desde as frustrações devido aos abortamentos, a violência obstétrica traumatizante, o diagnóstico tardio de uma

condição que a torna infértil e a vivência psicológica análoga a um processo de luto, Giulia passou a ter fortes crises de ansiedade que mobilizaram sua busca por auxílio psicológico e psiquiátrico, para assim, aos poucos, conseguir galgar para novos objetivos de vida, como foco em si e em sua família.

### **Violência obstétrica: negligência e despreparo da equipe médica**

Neste segundo tópico, a discussão foi direcionada para a trajetória de Giulia dentro do sistema de saúde pública após o seu segundo aborto, abordando questões como a violência obstétrica, seja ela por despreparo ou negligência por parte da equipe médica e suas consequências na vivência da perda devido ao abortamento.

Rocha e Uchoa (2013) afirmam que todos os anos milhares de mulheres em processo de aborto buscam por atendimento nos serviços públicos de saúde, seja por abortamento espontâneo ou por abortamento incompleto. Dentre os anos de 2021 e 2022 Giulia foi uma dessas mulheres. Em sua primeira experiência de perda devido ao abortamento, não foram encontrados batimentos cardíacos e nem materiais biológicos do feto, devido ao curto período de tempo da gestação. Já na segunda experiência, as fortes dores que estavam se intensificando a ponto do insuportável a levaram a buscar por assistência médica, quando descobriu estar em um processo de aborto espontâneo.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (2010), estima-se que 31% das gestações terminam em abortamento, correspondendo a 1.443.350 casos de abortamentos anuais, o que resulta em uma taxa de 3,7 abortamentos/100 mulheres de 15 a 49 anos. Este valor é superior aos encontrados em países da Europa ocidental, onde a prática é legal e acessível e está associada à grande disponibilidade de meios de planejamento familiar (BRASIL, 2005; 2010).

É esperado que os profissionais inseridos no serviço de saúde adotem as medidas e orientações do Caderno de Atenção Humanizada ao Aborto (2011), intitulado "Acolher e Orientar", que propõe a promoção de acolhimento qualificado e orientações, sem julgamentos e imposições de valores pessoais. O Caderno ainda prevê a presença de um profissional psicólogo(a) em sua equipe multidisciplinar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Conforme descrito por Pedrosa et al. (2018) e Leite et al. (2022) as situações de violência obstétrica ocorrem como uma forma de violência contra a mulher, na qual o atendimento da equipe multidisciplinar passa a gerar sofrimento e resultar em traumas para gestantes, parturientes, puérperas e mulheres em condição de abortamento. Isso se manifesta através de abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência nas instituições de saúde, incluindo maternidades, representando um grave problema de saúde pública com consequências físicas e emocionais para as mulheres e suas famílias. Essa forma de violência pode ser tanto física quanto verbal, envolvendo humilhações, procedimentos médicos não consentidos e violações da privacidade, como a recusa de internação em unidades de saúde. Na entrevista com Giulia, ficou evidente a ocorrência dessa violência, especialmente devido à falta de preparo da equipe médica que a assistiu, exacerbando a dor e a vulnerabilidade diante da situação.

Ao ser encaminhada da UPA em que recebeu os primeiros atendimentos, Giulia foi direcionada para um Hospital Regional, onde poderia receber atendimento apropriado para seu caso. Ao chegar no hospital e relatar que havia expelido um dos fetos no banheiro da unidade anterior, Giulia foi descredibilizada, o que contribuiu com o desconforto emocional que já estava sentindo. Segundo a participante: "Isso me abalou, desconsideraram os fatos do que eu tinha sofrido" (sic).

Em sequência, ainda dentro da Unidade Hospitalar, Giulia foi encaminhada para aguardar atendimento em uma sala com outras mulheres cujas gestações estavam em andamento avançado sem nenhuma intercorrência, deixando-a desconfortável e fragilizada em um momento de muita dor. Ainda dentro das violências vivenciadas, a participante diz não se esquecer de uma enfermeira que a atendeu durante este período, que ao invés de prestar acolhimento, passou a questioná-la insistentemente sobre como ela iria dar a notícia sobre a perda para a sua filha, que tanto aguardava o desejado irmão.

Devido ao sofrimento mediante a descredibilização, a vivência da perda dentro de um ambiente hostil e a falta de acolhimento da equipe médica, que não ofereceu apoio emocional, Giulia criou uma desconfiança em relação a equipe médica e o sistema de saúde, resultando em ansiedade e medo de futuros procedimentos médicos. Em seu relato, Giulia atesta a natureza traumática dessa experiência:

"Eu recebi uma proposta de fazer um tratamento sem ser pela fertilização, inseminação quer dizer, que era mais em conta [...], mas eu não quis, no primeiro momento fiquei com vontade, mas eu não quis porque eu fiquei com medo do desreparo que tem na medicina de não dar todo apoio caso a gente sofra um aborto [...] ". (Giulia)

A violência obstétrica transcende as consequências físicas, deixando cicatrizes emocionais profundas. Giulia, em seu primeiro parto, percebeu cochichos por parte da equipe médica, no entanto, ninguém a informou sobre qualquer problema relacionado à sua saúde que a impedisse de ter outro filho. O diagnóstico de útero didelfo só veio à tona posteriormente. Ela culpa os médicos de seu primeiro parto e todos os ginecologistas subsequentes por nunca terem identificado essa condição, o que permitiu que seu sofrimento persistisse.

### **Interferências sociais e familiares no processo de luto**

Neste último tópico será abordado como a relação familiar, social e conjugal podem servir tanto como apoio, como também possíveis agravantes em um processo de luto devido a situação de infertilidade e abortamento. Giulia passou por diversas perdas em todo o processo de seu diagnóstico de útero didelfo. Além da perda de três filhos, em duas gestações, ela ainda teve que lidar com a realidade da infertilidade que o diagnóstico trouxe e a consequente perda da possibilidade de uma nova maternidade.

"Eu tinha me preparado de forma psicológica pra me tornar mãe novamente, então eu tive que jogar fora todo esse plano. Uma coisa assim é muito difícil, você abrir mão de uma coisa quando você não tem a escolha, entendeu? Tipo, 'a eu não quero ter filho, eu não quero ter', beleza, é uma coisa que você decidiu, agora você não poder, mexe com a parte psicológica do cérebro, porque não é uma coisa que tá vindo da sua escolha, entendeu?". (Giulia)

Para a elaboração de todas essas perdas, um processo de luto foi instaurado, que consiste no desligamento da libido a cada um dos objetos e expectativas que haviam sido geradas (Cavalcanti; Samczuk; Bonfim, 2013). Freud (1917/2010) descreve o processo do luto sendo algo lento e doloroso, e em seu curso normal, ocorre a desinibição do Ego para novos investimentos libidinais. Contudo, além de trabalhar todo esse processo traumático dentro de si, Giulia teve

também de lidar com o impacto desses acontecimentos no seu relacionamento conjugal.

“O aborto machucou um pouco a minha família, eu e meu esposo. [...] Porque ele chegou a me culpar também, por conta do aborto, por eu não conseguir segurar o neném, mas depois que passou pela turbulência e a gente começou a ter uma amizade mais profunda, mais forte sabe, hoje em dia ele me pede muita desculpa, até hoje, né? [...] a gente não sorri como a gente sorria antes, não queremos nos socializar como a gente queria antes, então o aborto muda a gente, não é um aborto de só não ter um filho, você perde um pedaço de si também”. (Giulia)

Segundo Giulia, seu marido também estava passando pelo próprio processo de luto, chegando até mesmo a culpá-la pela perda dos bebês. Essas diferentes respostas que cada indivíduo pode apresentar diante da perda, são o maior fator de risco e responsável pelos baixos índices de satisfação na relação conjugal, sofrendo um luto perinatal (Campos; Comin, 2021; Vescovi et al., 2022). Esta insatisfação tem influência na qualidade do relacionamento conjugal e explica a variação nos níveis de depressão, ansiedade e luto perinatal, porém da mesma maneira em que a saúde mental da mulher é afetada pela sua situação conjugal, o relacionamento também é afetado pelo estado de saúde mental de ambos os envolvidos, numa relação de interdependência (Demontigny et al., 2020).

Ao final de todo esse processo, havia a situação de um casal enlutado, tendo de lidar com seus próprios processos internos e seus efeitos no relacionamento conjugal, associados também à cobrança social e familiar para continuarem com as tentativas de engravidar.

“Eu não me sentia muito confortável em falar com as pessoas, eu ainda não me sinto muito confortável em falar com as pessoas, e a parte mais difícil de lidar com a infertilidade, é que as pessoas sempre estão cobrando a gente de ter mais filhos, né?!. (Giulia)

O tema da maternidade carrega consigo uma pressão social arraigada que coloca as mulheres em um destino social de mães, posição onde negar ou não poder exercer a maternidade é visto como uma negação de sua própria identidade feminina, sendo a maternidade percebida como uma obrigação em uma construção social (Oliveira, 2007; Brasil; Costa, 2018). Giulia já atendeu a essa expectativa

social ao ter seu primeiro filho, no entanto, parece que isso não é considerado suficiente pelos que a cercam, mesmo após receber um diagnóstico de infertilidade, sendo-lhe exigido que considere métodos alternativos de concepção (Cunha et al., 2008).

“[...] aí quando as pessoas falam ‘ai vocês não vão ter outro filho?’, eu já falo ‘não, eu nasci com 2 úteros, a minha filha foi a guerreira, que eu só consegui ter ela, então vai ser só ela mesmo’. (Giulia)

Giulia chega a citar em seu relato que ela e o marido evitam alguns ambientes e adotaram uma postura de se isolar após todos os acontecimentos.

“Então, e pra mim lidar com as cobranças familiares, geralmente eu já me preparam [...] quando nós vamos juntar a família, nós tentamos controlar as conversas, por assim dizer, quando chega perto de falar de crianças, filhos, a gente muda o assunto. [...]”. (Giulia)

A fim de evitar os ciclos sociais para que o assunto não venha à tona, o casal evita também interações sociais que poderiam ser benéficas para o tratamento do luto, considerando que o apoio social está associado a uma maior qualidade de vida, podendo colaborar na diminuição do sofrimento emocional (Hayashi; Moriyama, 2019). Em seu estudo, Cunha et al. (2008), buscaram verificar as variáveis econômicas, demográficas, interpessoais, sociais e a prevalência de transtornos mentais comuns em uma população de mulheres de um ambulatório de referência em esterilidade. Foi observado pelos autores que cerca de 53,3% da amostra apresentou ocorrência de transtornos mentais comuns, em que constatou-se uma maior prevalência destes transtornos entre os participantes que afirmaram uma alteração em suas interações sociais. Diante da complexidade das consequências geradas pela infertilidade na vida do casal, ressalta-se a importância do atendimento psicológico nessa situação específica; como as intervenções em grupo, a construção de uma rede de apoio e a possibilidade de trocar experiências com pessoas que se encontram em situações da mesma natureza (Hayashi; Moriyama, 2019).

Felizmente, com o tratamento psicológico e psiquiátrico, Giulia vem criando métodos para superar seus traumas e conta principalmente com a ajuda de seu marido e de sua filha no processo, reforçando a importância do apoio social.

“Pra gente lidar com isso a gente começou a participar mais das reuniões de igreja que a gente participa, e em primeiro momento a gente saia mais de casa, ia pra fazenda, levava a minha filha pro parquinho várias vezes, e pra preencher um pouco né, o que eu tinha perdido, um nem, meu marido me deu um cachorrinho né, (risos), que me ajudou a lidar melhor com a ansiedade [...]” (Giulia)

Algum tempo depois, a irmã de Giulia também foi diagnosticada com uma malformação uterina e Giulia pode então oferecer consolo a partir da sua experiência.

“Após o meu diagnóstico uma das minhas irmãs teve o diagnóstico de útero septado [...] e ela também sofreu alguns abortos, então a gente compartilhou um pouco da experiência de passar por essa dor, foi o que me ajudou também”. (Giulia)

Um trabalho realizado por Hayashi e Moriyama (2019) descreve a experiência de um grupo de apoio a mulheres com infertilidade e a relevância da troca de experiências entre pessoas com vivências semelhantes, como é o caso de Giulia e sua irmã. Gradualmente, com o apoio da família e acompanhamento psicológico, Giulia está lidando com seus traumas e os desdobramentos decorrentes da infertilidade. No entanto, apesar das melhorias observadas, essa dor ainda persiste e ela a considera difícil de superar.

“Trabalhar com dor é muito caro e a dor não some né, uma dor psicológica que vai fazer parte pro resto da minha vida, nunca vou esquecer.” (Giulia)

Observa-se que a elaboração da perda não implica apenas em um processo de esquecimento do objeto perdido, mas sim, uma desinibição do Ego para novos investimentos libidinais. Giulia através de sua rede de apoio, momentos de partilha com a irmã e o seguimento em seu tratamento psicológico e psiquiátrico, mencionou uma melhora e elaboração de seus traumas e sofrimentos.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa permitiu compreender as dimensões emocionais diante do diagnóstico de infertilidade e a perda do feto devido ao abortamento. A partir da

análise do caso de Giulia, observou-se que à medida que as expectativas individuais em ser mãe confrontam a impossibilidade da gestação, desencadeia-se um processo de vulnerabilidade física e emocional, permeado por uma carga psíquica de culpa, medo e responsabilidade.

O relato de Giulia sobre os abortos sofridos e a descoberta de uma malformação uterina que a tornava infértil destacou a interação violenta com a equipe de saúde, que a traumatizou; os impactos da pressão familiar e social em sua vivência psicológica da perda; as implicações em sua vida conjugal; e como se desenvolveu a vivência psicológica do processo de luto. É fundamental considerar que a esfera social e familiar tem um papel crucial nas implicações emocionais e psíquicas do diagnóstico de infertilidade, devido às pressões e cobranças por novas tentativas, negando o reconhecimento do diagnóstico e minimizando as perdas devido aos abortamentos, descredibilizando o processo de luto, contribuindo para uma falha na elaboração desse processo.

É possível ressaltar a importância da legitimação do sofrimento e o reconhecimento do luto, pois sem um suporte ambiental adequado, não dando vazão aos afetos e impossibilitando ao enlutado acessar a realidade da ausência do objeto perdido, esta vivência psicológica pode se intensificar para um processo de luto complicado. Portanto, abordar a infertilidade não apenas do ponto de vista físico, mas também do ponto de vista psicológico, garantindo um acolhimento e elaboração do processo de luto, contribui diretamente na qualidade da saúde mental destas mulheres.

Como indicações de futuros estudos, ressalta-se a necessidade de explorar o impacto da infertilidade nas relações familiares e sociais, o papel dos homens em casais com infertilidade e a avaliação do diagnóstico nas redes públicas e privadas de saúde. Essas pesquisas podem fornecer valiosos *insights* para aprimorar o apoio, prevenção e tratamento da infertilidade, ampliando nossa compreensão desse desafio de saúde de forma abrangente e eficaz.

## 5 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Helena Carneiro. **Quando a partida antecede a chegada: singularidades do óbito fetal.** 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 1977.

BATISTA, Luiz Augusto Teixeira; BRETONES, Wagner Henrique Daibert; ALMEIDA, Rogério José. O impacto da Infertilidade: Narrativas de Mulheres com Sucessivas Negativas pelo Tratamento de Reprodução Assistida. **Revista Reprodução e Climatério**, São Paulo, v. 31, n.3, p. 121-127, 2016.

BITELBRON, Elaine Ramos; KRUEL, Cristina Saling; DOTTO, Fernanda Real. Maternidade interrompida: vivências de mulheres que passaram pelo processo de aborto espontâneo. **Disciplinarum Scientia | Ciências Humanas**, Santa Maria (RS, Brasil), v. 14, n. 2, p. 157–171, 2016.

BRASIL, Marina Valentim; COSTA, Angelo Brandelli. Psicanálise, feminismo e os caminhos para a maternidade: diálogos possíveis? **Psicologia clínica.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 427-446, dez. 2018.

CAMPOS, Suzana Oliveira; COMIN, Fabio Scorsolini. Infertilidade feminina e conjugalidade: revisão integrativa da literatura. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 27, n. 3, p. 279- 290, 2021.

CASELLATO, Gabriela; TINOCO, Valéria; PRADE, Crisitiane Ferraz; REIS, Daniela; DE OLIVEIRA, Dária; FRANCO, Maria Helena Pereira; FIGUEIREDO, Ana Cristina Costa. **O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido**. São Paulo: Summus Editorial, 2015.

CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK, Milena Lieto; BONFIM, Tânia Elena. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicol inf.**, São Paulo, v. 17, n. 17, p. 87-105, dez. 2013.

CHATEL, Marie Magdeleine. **Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução**. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1995.

COLARES, Sthephany Caroliny dos Santos; MARTINS Ruimarisa Pena Monteiro. Maternidade: uma construção social além do desejo. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v.6, n.1, p.42-47, 2016.

COLMAN, Libby Lee; COLMAN, Arthur. **Gravidez: a experiência psicológica**. Lisboa: Edições Colibri, 1994.

CUNHA, Maria do Carmo Vieira; CARVALHO, João Alberto; ALBUQUERQUE, Rivaldo Mendes; Ludermir, Ana Bernarda; Novaes, Moacir. Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 3, p. 201–210, set. 2008.

DEMONTIGNY, Francine; VERDON, Chantal; MEUNIER, Sophie; GERVAIS, Christine; COTÉ, Isabel. Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3350, 2020.

DUNKEL-SCHETTER, Christine; LOBEL, Marci. **Psychological reactions to infertility. Infertility: Perspectives from stress and coping research.** Boston: Springer US, 1991.

DUMITRU, Gabriela Purkot; CAMARGO, Alessandra; CARDOSO, Gabriella Fagundes; KUSS, Ana Suy Sesarino. Luto materno perinatal: quando um sonho vira saudade. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v.13, n.1, p. e5784, 2024. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/5784..> Acesso em: 23 abr. 2025.

EZZELL, Windy. The Impact of Infertility on Women's Mental Health. **North Carolina Medical Journal**, v.77, n.6, p.427-428, 2016.

FARIA, Dieime Elaine Pereira de; GRIECO, Silvana Chedid; BARROS, Sônia Maria Oliveira de. Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 46, n. 4, p.794-801, 2012.

FÉLIS, Keila Cristina; DE ALMEIDA, Rogério José. Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. **Reprodução & Climatério**, v. 31, n. 2, p. 105-111, 2016.

FERRARO, Aline Perini. **O sofrimento psíquico e suas implicações diante da perda gestacional.** 2019. Dissertação (Trabalho Conclusão de Curso de Aprimoramento Profissional) - Secretaria de Estado da Saúde, elaborado na Faculdade de Medicina de Marília.2019.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia.** In **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010, 3<sup>a</sup> ed v. 12, p. 170-194, P. C. de Souza, trad. (Trabalho original publicado em 1917).

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2008, 6 ed.

GUIMARAES, Ana Clara Quetz; FARIA, Hila Martins Campos. Tão só na maternidade: o luto na perda perinatal. **HU Revista**, v.60, n.1, p.1-8, 2024.

HAYASHI, Ednéia Aparecida Peres; MORIYAMA, Josy de Souza. Grupo de Apoio Psicológico a Mulheres em Situação de Infertilidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. e179820, 2019.

LEITE, Tatiana Henriques et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 483-491, 2022.

LEONARDO, Alexandra de Sá; FATELA, Ana Maria; FARIA, Anabela; SILVA, Aricia. Garrido; SOUSA, Custódia, XAREPE, Fátima; PINTO, Graça; SILVA, Graça; DUARTE, Maria Leonor Rolo; BRITO, Lilia; CORREIA, Maria. Jesus; ALVES, Maria José; AMARAL, Manuela; SERENO, Sara; GAMANHO, Tânia; LOPES, Vânia. **A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, práticas e contextos numa Maternidade.** Lisboa: Placebo Editora. 2012.

LIMA, Ana Paula Weinfurter; LOURENÇO, Jordam Wilson. Infertilidade humana: comentando suas causas e consequências. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, [S. I.], v. 10, n. 5, p. 110–124, 2016.

LOPES, Vânia; LEAL, Isabel. **Ajustamento emocional na infertilidade**. Lisboa: Placebo Editora LDA, 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. (2011). Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2010). Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica, (2). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2005). Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

OLIVEIRA, Paula Barbosa de. **A mulher atual e a representação da maternidade**. 2024. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica De Pernambuco. Recife, 2007.

OBERG, Shereen Assaysh; BORNESKOG, Catrin; TENSTROM, Elin. Women's Experience of Infertility and Treatment – A Silent Grief in Failed Care and Support. **Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives**, v.37, p.100879, 2023. Disponível em: 10.1016/j.srhc.2023.100879

PEDROSA, Amanda Andrade de Brito; SILVA, Lucineide Santos; NUNES, Gittanha Fadja de Oliveira; PIMENTEL, Mônica Cecília; LIMA, Juciara Karla de Souza.; MATOS, Khesia Kelly Cardoso. Situações de violência obstétrica vivenciadas por mulheres em processo de abortamento. **Saúde (Santa Maria)**, [S. I.], v. 43, n. 3, 2018. DOI: 10.5902/2236583428449

REZAI, Shadi; BISRAM, Pameela; ALCANTARA, Isamarie Lora; UPADHYAY, Ruchi; LARA, Carla; ELMADJIAN, Malvina. Didelphys Uterus: A Case Report and Review of the Literature. **Case reports in obstetrics and gynecology**, 2015.

ROCHA, Bianca Nunes Guedes do Amaral; UCHOA, Severina Alice da Costa. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliação. Physis: **Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 1, p.109-127, 2013.

SILVEIRA, Carla Sofia Pascoal; FERREIRA, Manuela Maria da Conceição. Auto-conceito da grávida – fatores associados. **Millenium**, n. 40, p. 53-67, 2011.

SPENGLER, Fabiana Marion; LIMA, Fernanda da Silva. Mulheres e sociedade: uma rota de colisão entre papel e expectativa social. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, v. 123, p. 129-175, 31 dez. 2021.

SPOTORNO, Paula Munimis; SILVA, Isabela Machado da; LOPES, Rita Sobreira. Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. **Aletheia**, Canoas, n. 28, p. 104-118, dez. 2008.

TRINDADE, Rodrigo Nunes de Souza. **Da construção da parentalidade ao lugar dos pais na psicanálise com crianças.** 2017. Dissertação (Monografia do Programa de Pós Graduação em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

VESCOVI, Gabriela; SILVA, Flávia Santos da; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; COSTA, Crístofer Batista da. Conjugalidade E Parentalidade Subsequentes À Perda Gestacional: Revisão Sistemática. **Revista da SPAGESP**, 23(1), 159-174, 2022.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão.** Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

WHO, World Health Organization. **1 in 6 people globally affected by infertility.** Geneva, Switzerland: (2023).