

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO  
CURSO PSICOLOGIA

**MARIA CLARA LIMA RIBEIRO FONSÊCA**

**LUTO MATERNO NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL:** as implicações  
psicológicas em mulheres que sofrem perda gestacional ou neonatal

São Luís  
2021

**MARIA CLARA LIMA RIBEIRO FONSÊCA**

**LUTO MATERNO NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL:** as implicações  
psicológicas em mulheres que sofrem perda gestacional ou neonatal

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Alice Parentes da Silva Santos.

São Luís

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Fonsêca, Maria Clara Lima Ribeiro

Luto materno no período gravídico-puerperal: as implicações psicológicas em mulheres que sofrem perda gestacional ou neonatal / Maria Clara Lima Ribeiro Fonsêca. \_\_ São Luís, 2021. 52 f.

Orientador: Prof. Ma. Alice Parentes da Silva Santos.

Banca Examinadora: Gracielle Santos Santana, Gabriel Batista Cutrim.

Monografia (Graduação em Psicologia) - Curso de Psicologia – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2021.

1. Luto. 2. Maternidade. 3. Perda gestacional. 4. Puerpério.  
I. Título.

**MARIA CLARA LIMA RIBEIRO FONSÊCA**

**LUTO MATERNO NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL:** as implicações  
psicológicas em mulheres que sofrem perda gestacional ou neonatal

Monografia apresentada ao Curso de  
Psicologia do Centro Universitário Unidade  
de Ensino Superior Dom Bosco como  
requisito parcial para obtenção do grau de  
Bacharel em Psicologia.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Me. Alice Parentes da Silva Santos (Orientador)**

Mestra em Saúde Coletiva (UFMA)

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

---

**Prof. Gracielle dos Santos Santana**

Especialista em Avaliação Psicológica (IPOG)

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

---

**Gabriel Batista Cutrim**

Especialista em Gestalt-Terapia

Dedico este trabalho ao meu amado avô, que partiu sem ver a concretização desse sonho, mas que sempre acreditou que era possível e fez de tudo para que eu estivesse aqui. Dedico também a todas as mulheres que sofreram e sofrem com a perda de seus filhos.

## AGRADECIMENTOS

A Força Superior que me colocou e me manteve aqui.

À minha mãe, Alessandra, por acreditar em mim e, com muito esforço, tornar possível a realização dos meus objetivos. Obrigada pelo presente da vida e pelas oportunidades.

Ao meu pai, Jorge (*in memoriam*), pelo nome e pelo lugar.

À minha avó/mãe, Marly, que me ensinou a importância do cuidar, do ser e do estar. Obrigada pelo afeto e pelo caminho.

Ao meu avô/pai, Igalde (*in memoriam*), por dar tudo de si, pelo humor, pela força e pela fé. Obrigada por me colocar no caminho certo antes de partir.

À minha avó, Valdina, por me ensinar a importância do estudo, do trabalho e da independência, assim como por mostrar, na prática, a força de ser mulher.

Às minhas tias, Júlia e Aila, por serem exemplo de persistência.

À minha tia Jorgeana, por carregar comigo o peso desse ano e do presente, assim como as alegrias do passado e do futuro.

À minha irmã, Maria Eduarda, pelo companheirismo e carinho diários. Não estaria aqui sem você.

Aos meus irmãos, Jorge e Maria Fernanda, e meus primos Matheus, Heitor e Thiago, pela feliz visão de futuro.

Às minhas amigas/irmãs Ana Carolina Lima, Fabianne Passinho e Sara Carvalho, pelo apoio, incentivo e afeto, pelo tempo e pela mudança. Obrigada pelo privilégio de crescermos juntas, e que assim sigamos.

À minha amiga/alma gêmea fraterna, Thainá Vale, pela irmandade, pelo refúgio e pela conexão. É uma honra trilhar os caminhos da vida contigo. Obrigada pelos bons e maus momentos, por todos os estudos, trabalhos, bois e carnavais.

Às minhas amigas Adriely Caixeta e Ana Lívia Dutra, pelo acolhimento e confiança. Obrigada por me receberem com tanto carinho e abertura, por serem alívio em meio ao caos. À querida amiga Suelen Pinto, por estar comigo em todos os lugares e etapas dessa jornada de graduação. Obrigada pelo companheirismo e compreensão. À Herla Dias, feliz descoberta, pelo convívio e solidariedade mútua.

À Wilton Júnior, pela positividade e por acreditar em mim quando eu duvido, e à Ariely Maciel pela troca, dedicação e ajuda. Obrigada por serem presentes esse ano.

Aos muitos colegas de turma que tive durante esse tempo. Foram muitos altos e baixos, mas sou grata por nunca ter ficado só.

A todos os professores que fizeram parte dos 6 anos da minha graduação. É difícil expressar o tamanho a admiração que tenho por vocês e a importância que todos tiveram para a minha formação pessoal e profissional. Esperei muito para encontrar professores que me inspirassem e com quem eu realmente aprendesse e hoje afirmo com toda certeza que valeu a pena cada minuto. Obrigada por tudo.

Especialmente gostaria de agradecer:

À minha orientadora, Alice Parentes, por anos de acolhimento e uma combinação impulsionadora de profissionalismo e afeto. Obrigada por aceitar me orientar, pela disponibilidade e pelo cuidado.

À Gracielle Santana e Lidiane Collares, pelo apoio e empatia de sempre, mas principalmente esse ano. Sem a compreensão e disponibilidade de vocês, eu não teria conseguido. Muito obrigada.

À Caroline Torres, por ser exemplo de ética, profissionalismo, conhecimento, justiça e responsabilidade dentro e fora de sala de aula. Obrigada pelas melhores aulas e a melhor monitoria que eu tive em todos os meus longos anos de curso. Foi um privilégio aprender com você.

Às instituições de ensino que me acolheram, possibilitaram a realização desse sonho e viabilizaram experiências formativas, minha sincera gratidão.

À Gabriel Cutrim pela disponibilidade de participar da banca e pelas valiosas contribuições a essa discussão.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho e fizeram parte da minha graduação.

*“Depois que um corpo  
comporta  
outro corpo*

*nenhum coração  
suporta  
o pouco”*

(Dois em Um, Alice Ruiz)

## **RESUMO**

Este artigo visa analisar a percepção e o enfrentamento do luto materno nos períodos gravídico-puerperal. Objetiva-se, principalmente, evidenciar quais são as repercussões psicológicas que a perda gestacional ou neonatal pode gerar à mulher. O método utilizado foi o hipotético dedutivo e para tal, fez-se uso de artigos científicos, livros e documentos relacionados. Os resultados obtidos informam que durante o processo de luto, a mulher passa pelas mais variadas emoções como choque, raiva, inveja, resignificação, etc. A perda gestacional ou puerperal também pode vir a acarretar em danos na autoestima e na maneira que a mulher enxerga a si mesma, podendo chegar a duvidar da sua capacidade enquanto mulher por não conseguir cumprir a função imposta por pressão social ou vontade própria: maternar. Sugeriu-se a criação ou adaptação de alas hospitalares específicas para essas mulheres, para que não precisem passar pela dor de ver uma relação mãe-bebê logo após a perda do seu. Além disso, foi tratado sobre a importância de qualificar os profissionais de saúde de forma que estes consigam lidar com a situação de forma adequada e dar o apoio necessário à essa mulher e sua família.

Palavras-chave: Maternidade. Luto. Perda gestacional. Puerpério. Aborto.

## **ABSTRACT**

This article aims to analyze the perception and coping of maternal grief in the pregnancy-puerperal periods. Its main objective is to show the psychological repercussions that the gestational or neonatal loss can bring to women. The method used was exploratory and for this purpose, scientific articles, books and related documents were used. The results obtained show that, during the mourning process, women go through the most varied emotions such as shock, anger, envy, resignification, etc. Loss during pregnancy or post-partum can also cause damage to self-esteem and the way women look at themselves, possibly coming to doubt their capacity as a woman because they are unable to fulfill the function imposed by social pressure or their own will: to mother. The creation or adaptation of specific hospital wards for these women was suggested, so that they do not need to go through the pain of seeing a mother-infant relationship soon after the loss of their own baby. In addition, the importance of qualifying health professionals was discussed so that they are able to properly deal with the situation and provide the necessary support to these women and their families.

**Keywords:** Maternity. Grief. Gestational loss. Puerperium. Abortion.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|         |                                        |
|---------|----------------------------------------|
| apud    | Citação                                |
| et. al. | “E colaboradores”                      |
| p.      | Página                                 |
| OMS     | Organização Mundial de Saúde           |
| CID 11  | Classificação Internacional de Doenças |

## SUMÁRIO

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....                                                            | 12 |
| 2 MATERNIDADE AO LONGO DA HISTÓRIA .....                                      | 15 |
| 2.1 Gravidez .....                                                            | 19 |
| 2.1.1 Primeiro trimestre .....                                                | 19 |
| 2.1.2 Segundo trimestre .....                                                 | 20 |
| 2.1.3 Terceiro trimestre .....                                                | 21 |
| 3 PERDA E LUTO .....                                                          | 22 |
| 3.1 Processo de luto.....                                                     | 22 |
| 3.2 Modelos do processo de luto.....                                          | 23 |
| 3.3 Sentimentos comuns no processo de luto.....                               | 25 |
| 3.4 Fatores que influenciam o luto .....                                      | 26 |
| 3.5 Luto e o contexto familiar .....                                          | 29 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....                                               | 30 |
| 4.1 Luto na maternidade .....                                                 | 31 |
| 4.2 A relação mãe-bebê seguindo Winnicott.....                                | 34 |
| 4.3 Puerpério após natimorto .....                                            | 35 |
| 4.4 A experiência do luto na perda gestacional: elementos constituintes ..... | 35 |
| 4.4.1 Dor.....                                                                | 35 |
| 4.4.2 Falta de sentido .....                                                  | 36 |
| 4.4.3 Choque .....                                                            | 36 |
| 4.4.4 Raiva e Inveja.....                                                     | 37 |
| 4.4.5 Culpa .....                                                             | 37 |
| 4.4.6 Medo de nova perda.....                                                 | 38 |
| 4.4.7 Ser mãe novamente .....                                                 | 38 |
| 4.4.8 Solidão.....                                                            | 38 |
| 4.4.9 Ressignificação .....                                                   | 39 |
| 4.5 Os bebês subsequentes à perda gestacional.....                            | 39 |
| 4.6 A atuação da Psicologia processo do luto.....                             | 41 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                  | 44 |
| REFERÊNCIAS.....                                                              | 47 |

## 1 INTRODUÇÃO

A morte, mesmo sendo parte inerente e inevitável da vida, ainda é fonte de sofrimento significativo para o sujeito. A percepção e o enfrentamento do luto estão diretamente ligados ao processo de construção cultural e à subjetividade, sendo assim vivenciados privativamente e elaborados a partir de crenças pessoais, da história de vida do indivíduo e da sua relação com a pessoa que morreu. Entende-se que o luto é composto por fases, sendo estas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação; não sendo fases obrigatórias nem lineares. No caso de mães que perdem bebês, essa experiência costuma ser entendida como prematura e abrupta, podendo levar a implicações comportamentais, afetivas, cognitivas etc., que afetam fundamentalmente as relações interpessoais e os demais aspectos da vida dessa mulher (LOPES, et al., 2017).

Para mulheres que almejam a maternidade, experienciar a morte de um filho pode ser como perder uma parte de si. A perda de um filho, ainda mais de um no início da vida, muitas vezes é vivenciada como um fenômeno prematuro que poderia ter sido evitado, sendo entendido como um futuro perdido (tanto da mãe quanto do filho) e algo que desafia a expectativa social de curso natural da vida, na qual a mãe morre antes; o que pode levar a um sentimento de culpa por parte dessa mulher e uma significativa mudança nos valores morais a partir daquele sofrimento (BRICE, 1982, 1991; MARTINS, 2001 apud FREITAS; MICHEL, 2014).

A fim de entender como o luto afeta integralmente a vida da mãe, o presente trabalho é movido pelo seguinte problema de pesquisa: quais repercussões psicológicas a perda gestacional ou neonatal pode gerar à mulher?

Mulheres cujo anseio é a maternidade – seja por vontade própria, influência familiar, pressão social etc. –, comumente veem na gravidez o início irreversível da realização desse sonho. Porém, nem sempre é essa a realidade. Mesmo com os avanços da medicina moderna, perdas nos períodos gestacional e neonatal ainda acontecem e colocam essas mulheres, que até então estavam felizes e esperançosas, em um processo repentino de luto.

Acredita-se, por hipótese, que o aborto e o óbito fetal – que são distinguidos a partir da idade gestacional e peso/estrutura do feto –, assim como o falecimento do bebê até poucas semanas pós nascimento, geram implicações psicológicas

significativas na mulher, deixando sequelas emocionais que afetam todos os âmbitos de sua vida, direta ou indiretamente.

Este trabalho tem como objetivo geral compreender as consequências emocionais geradas na mulher diante da perda do filho nos períodos gravídico ou puerperal, e como objetivos específicos analisar os aspectos sócio-históricos da maternidade, apresentar os aspectos do luto na maternidade e relatar sobre os fenômenos emocionais decorrentes da perda gestacional ou neonatal.

A gravidez, desejada ou não, é um processo de muitas mudanças físicas e psicológicas para a mulher, que precisa se ajustar às alterações corporais e hormonais, transfiguração da própria imagem, a criação de expectativas quanto ao bebê e ao futuro, ao desenvolvimento e transformação de vínculos afetivos etc. Diante disso, a perda desse bebê é um acontecimento de extrema complexidade que pode afetar a família de maneira geral, e, principalmente a mulher de formas significativas que requerem investigação (LEMOS; CUNHA, 2015).

O luto materno não é um objeto de estudo novo, porém é possível observar um número menor de artigos sobre a perda nos períodos gravídico e puerperal em comparação a trabalhos que fazem análises mais amplas do luto nas outras fases do desenvolvimento humano, viabilizando assim a elaboração deste projeto, que procura investigar as repercussões psicológicas do luto em momentos específicos da maternidade. Este estudo mostra-se relevante, pois, por mais que se entenda que este é um período de sofrimento na vida da mulher e da família, pouco se debate sobre as sequelas emocionais, cognitivas, físicas e psicológicas deixadas pela morte de um bebê; portanto, este trabalho abre espaço para tais discussões.

Juntamente a necessidade de compreender como o luto afeta as mulheres nos períodos iniciais da maternidade, há a motivação pessoal da autora, que surge a partir do desejo de adentrar profissionalmente a área da psicologia hospitalar, com foco na maternidade, atuando juntamente a equipe multiprofissional no acolhimento a famílias em seus momentos mais eufóricos ou mais soturnos, como o do objeto deste projeto.

Diante ao exposto, esta pesquisa tem como objetivo entender, a partir de uma análise sócio-histórica e cultural do luto e da maternidade, como a perda gestacional ou neonatal afeta direta e indiretamente a vida da mulher, suas relações interpessoais e consigo mesma, assim como os demais aspectos de sua rotina.

Esta pesquisa caracteriza-se como de natureza básica pura pois procura aprofundar os conhecimentos sobre o tema escolhido, sendo seu objetivo descritivo ao basear-se em estudos científicos já existentes. Por ser uma análise crítica, a partir da percepção da autora sobre a teoria apresentada, é possível afirmar que este estudo apresenta uma abordagem qualitativa e um método hipotético-dedutivo, pois baseia-se na criação de uma hipótese e na confirmação ou refutação da mesma, a partir dos resultados da pesquisa. Quanto ao procedimento, este trabalho utilizará livros, artigos científicos e outros documentos relacionados ao problema de pesquisa, sendo assim caracterizado como bibliográfico e documental (GIL, 2002).

Ter-se-á, no início, um breve apanhado histórico da maternidade e maternagem, uma vez que é necessário para que se entenda o peso do luto nesses casos. Em seguida, será trabalhado o conceito de perda e luto. Por fim, a junção das informações dos dois primeiros tópicos para que seja possível trabalhar as repercussões psicológicas trazidas pela perda gestacional ou neonatal, assim como possíveis comportamentos dessas mulheres em uma nova gestação.

## 2 MATERNIDADE AO LONGO DA HISTÓRIA

Inicialmente, faz-se necessário identificar como o conceito de maternidade mudou ao longo das eras. Apesar de estarmos sempre em evolução, o nascimento – assim como a morte –, é uma das únicas constantes. Dessa forma, um apanhado histórico-retroativo é primordial para que entendamos a construção social e antropológica acerca da maternidade.

Nem sempre houve essa importância atual dada ao relacionamento entre a mãe e a criança. Historicamente houveram modificações relacionadas aos princípios e costumes da maternagem, dependendo do contexto no qual a sociedade estava inserida. Ressalta-se ser importante discorrer sobre o papel materno levando em consideração a sistemática familiar (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Na Idade Média – o período que data desde o século V até o século XV –, os núcleos familiares eram formados apenas por questões econômicas e uniões políticas. O ideal de amor familiar estava longe de existir, a mulher e os filhos estavam submissos ao poder do homem, e essa apenas servia para prover crias, não havendo espaço para atrelar um valor especial à maternidade ou aos bebês. Não existia função alguma para mulher além da biológica, e mesmo assim, isso não significa que a afetividade entre a mulher e a cria era algo próximo do nosso conhecido amor materno. A maternagem não era exercida ainda, os bebês eram alimentados por amas e ficavam sob o cuidado de terceiros até certa idade.

Em seus estudos, Ariés (1981) aduz que durante a Idade Média as crianças não permaneciam muito tempo no seio familiar, dos 7 aos 10 anos eram delegadas à outras famílias com a condição de aprendizes, para que fossem instruídas a escolher algum ofício e se fazerem úteis à sociedade, cooperando como se fossem pequenos adultos.

A inexistência de cuidados especiais e da própria dedicação materna, ensejava na enorme taxa de mortalidade infantil da época (BADINTER, 1985), o que levava a um ciclo de distância entre a mãe e o bebê. Para evitar o apego ao pequeno ser de saúde frágil, as mulheres se mantinham distantes pois entendiam que pela pouca chance de sobrevivência eles não mereciam tanta atenção (ARIÉS, 1981).

A partir do século XVII, alguns aspectos começaram a mudar quando, frente à ascensão do capitalismo e da burguesia, entende-se que “Cabia ao estado

administrar as relações de produção e à família as condições de sobrevivência. Deste modo, a criança, até então criada em comunidade, passa a ser responsabilidade dos pais. Ao mesmo tempo, consolida-se a diferenciação de papéis sociais.” (GRADVOH; OSIS; MAKUCH, p. 57, 2014).

No final do século acima citado, a ideologia social enfrentou uma mudança e houve diminuição da autoridade paterna. Após 1760, foi definido que enquanto o homem sustentaria a casa, a mulher cuidaria da família, assumindo então diretamente todos os cuidados referentes aos filhos.

Segundo Badinter (1985), essa nova posição da mulher teve ainda mais força com os ideais liberais de liberdade, igualdade e fraternidade, além da súbita busca pela felicidade individual. Houve a divisão do que seria vida privada e do que seria público, o coletivo foi abrindo alas para a individualização.

A relação conjugal também sofreu alteração uma vez que os novos ideais libertários e igualitários não mais condiziam com casamentos arranjados. Aqui nasce a busca pelo amor romântico e uma nova visão das relações familiares.

O discurso de que as mulheres deveriam ocupar-se com os filhos é levado ainda mais à sério no início do século XIX, e há o começo do que viria a ser o papel da mãe como conhecemos atualmente. Naquele período as pessoas afirmavam que, pelo fato de a mulher poder gerar e parir a criança, fazia sentido que fosse natural a ela cuidar e educar os filhos.

O mito do instinto materno tem seu surgimento aqui, tratando como característica de toda mulher o amor incondicional aos filhos e a maternagem, vejamos:

[...] o bebê e a criança transformam-se nos objetos privilegiados da atenção materna. A devoção e presença vigilantes da mãe surgem como valores essenciais, sem os quais os cuidados necessários à preservação da criança não poderiam mais se dar. A ampliação das responsabilidades maternas fez-se acompanhar, portanto, de uma crescente valorização da mulher-mãe, a “rainha do lar”, dotada de poder e respeitabilidade desde que não transcendesse o domínio doméstico.” (MOURA; ARAÚJO, p. 4, 2004)

Avançando um pouco na linha do tempo, temos a eclosão da Primeira Guerra Mundial. Aqui as mulheres já não podem mais se manter apenas enquanto

donas do lar, elas precisam ajudar a fornecer o sustento familiar, principalmente quando os homens não retornavam da guerra.

Por consequência da enorme quantidade de mortos em combate, as crianças começam a ser vistas como promessa de um futuro melhor. Aqui estamos em frente a dois problemas: o movimento pró-natalista e as mulheres que entraram verdadeiramente no mercado de trabalho e não possuem condições de lidar com outros filhos – ou apenas não os querem.

O movimento afirma que contribuir com o aumento da população significa enriquecer a nação, passando a maternidade a ser vista como uma prova de patriotismo. O futuro está nas mãos das mulheres, cabe a elas entregar cidadãos que serão úteis (GRADVOH; OSIS; MAKUCH, 2014).

Dessa forma, nota-se que há uma pressão para que as mulheres se tornem mães, e toda aquela que saía do novo ideal é tratada como anormal pela sociedade por se opor a “natureza feminina”. Afastar-se das responsabilidades trazia além de tudo o sentimento da culpa, o da inadequação social para aquelas que não possuíam desejo de maternar (CORREIA, 1998).

Em resposta a essa pressão social, nos anos 60, temos o advento do movimento feminista, que se pauta na possibilidade de a mulher poder controlar a reprodução, caso assim queira. As feministas lutavam pelo direito de não ter apenas a maternidade como único destino aceitável, mas sim como uma opção, uma vez que, com as mudanças socioeconômicas, as mulheres seguiam se inserindo cada vez mais no mercado de trabalho.

As últimas décadas do século passado trouxeram novos valores para a sociedade. Nos anos 90 a medicina avançou ao ponto de possibilitar, por meio da tecnologia, outras maneiras de reprodução (como a fertilização *in vitro*), que suscitou na ressignificação do papel e da posição da mulher na sociedade.

A possibilidade de adiar, precaver e planejar o momento para engravidar, fez com que as mulheres passassem a deixar esse momento para quando achassem mais oportuno. Nos dias atuais, o adiamento da maternidade em decorrência da carreira profissional é bastante comum.

Atualmente, a sociedade caminha para que a maternidade deixe de ser um dos pilares da vida das mulheres, sendo vista como uma possibilidade e não mais

como uma obrigação. Rocha-Coutinho (2005), afirma que especialmente no tocante às mulheres de classes sociais mais elevadas, o número de filhos vem diminuindo cada vez mais.

Hoje em dia há um questionamento sobre o desejo ou não de ter filhos. Sobre isso, Barbosa e Rocha-Coutinho (2007, p. 167) afirmam que:

Uma vez que esse questionamento já se apresenta, podemos dizer que, ao menos, uma abertura se faz possível. O que se espera é que esta opção se faça presente e não que ganhe status de uma nova imposição social. O desejo de ter ou não filhos é, sem dúvida, complexo, inspira sentimentos contraditórios e é difícil de precisar e isolar de toda uma rede de fatores, tanto psicológicos quanto sociais.

A valorização da maternidade ainda se faz presente hodiernamente, mas o conceito é diferente do antigo ideal. Langer (1986), diz que a mulher dos nossos tempos está em conflito consigo mesma. Apesar de poder escolher quando ou se quer engravidar, há uma tridimensionalidade: satisfação profissional, satisfação amorosa e a possível satisfação maternal.

O conflito pode acabar atraindo tanta angústia e dificuldade, que a mulher rejeita a possibilidade de maternar. Essa rejeição pode acabar trazendo até mesmo uma “defesa psicossomática mais radical”, expulsando o embrião e causando um aborto.

Acerca do assunto, Correia (1998, p. 7) afirma que:

Neste momento, assistimos à contextualização técnica do nascimento; o nosso imaginário é povoado de tecnologia, de aparelhos, de técnicos sabedores. Por outro lado, vivemos um momento de transição: estamos a tentar apagar do imaginário colectivo a figura suprema de Mulher/Mãe do passado (que, frequentemente ainda nos assalta) para a substituir por uma outra que divide o espaço do nosso imaginário com um outro alguém – o Pai. Toda esta transição na vivência da Maternidade, na qual se implicam movimentos sociais, culturais e psicológicos é, obviamente, exigente em termos de mecanismos adaptativos do Eu. Para esta exigência nem sempre se conseguem as respostas adequadas; podem, por exemplo, sobrevir conflitos psicológicos que apenas encontram a sua expressão no sintoma psicossomático.

Conforme dito no início, o nascimento é uma das únicas certezas que temos, contudo, o desejo de ter filhos é algo individual. As mulheres estão se reencontrando durante a adaptação do estágio atual da maternidade. Cabendo a elas, desconstruir os determinismos sociais e agir conforme desejarem. Atualmente, se percebe que, apesar da maternidade ainda ser supervalorizada, as mulheres estão

num processo de desconstrução, em que tentam se adaptar ao novo estágio da maternidade.

## 2.1 Gravidez

De maneira correlacionada, a gravidez também foi foco de estudos, tanto no campo psicológico como no físico, em razão das mudanças que ocorrem no corpo da mulher. Os novos conhecimentos auxiliaram na assimilação de como esse estágio da vida da mulher funciona, como ajudar a diminuir os possíveis riscos de uma gravidez, notar o que não beneficia tanto a mãe quanto o bebê e principalmente na redução de problemas gestacionais ou que podem vir a acontecer após o parto.

Importante ressaltar que as mudanças não são iguais para todas as grávidas, uma vez que cada ser é único. Por consequência, Colman e Colman (1994) entendem que há vários sentidos para a gestação, dois deles sendo o desejo pessoal, que, para certas mulheres o fato de estarem grávidas representa o ápice de suas vidas; é um deleite estar gerando vida. Outro tem a ver com a fé, uma vez que, em algumas religiões é o dever da mulher multiplicar, a missão de um ser superior para sua vida.

Independentemente de qual seja a razão para ter que gerar uma prole, é perceptível a pressão social imposta para essa mulher, seja por si mesma ou pelos outros. Resquícios dos tempos passados ainda impõem que as mulheres tem o dever de cuidar perfeitamente de seus filhos, de forma que não é permitido que cometam erros ou que pensem em si mesmas em primeiro lugar.

Colman e Colman (1994) aduzem que, essa pressão traz anseios para a mulher que recém descobriu a gravidez e até mesmo para as não-grávidas; o medo pode vir a deixar a mulher em crise. Em seu livro *Gravidez – A experiência psicológica*, os autores dividem seus estudos de acordo com os trimestres gestacionais, vejamos:

### 2.1.1 Primeiro trimestre

Nesse período temos uma certa dualidade, de um lado temos a fase de felicidade para algumas mulheres, seja por ansiarem por esse momento há tempos, seja por enfim compartilharem com seus familiares. As possíveis futuras mães se veem no momento de fantasiar sobre o futuro e analisar as sutis mudanças de seus

corpos. Do outro lado vemos o medo: da gravidez não dar certo; de não ser uma boa mãe; do bebê não ser saudável. É nessa fase também que, nos países onde o aborto é legalizado, algumas mulheres optam por interromper com a gravidez, ou, no caso de locais onde essa prática ainda é crime, recorrem a clínicas clandestinas ou métodos não convencionais da sabedoria popular (COLMAN E COLMAN, 1994).

É no primeiro semestre que algumas mulheres se deparam com náuseas, enjoos, vômitos, quedas de pressão. Os autores relatam que todo esse desconforto pode vir a gerar uma espécie de bloqueio em relação à gravidez, um ressentimento por não estar se sentindo bem no momento que – em tese – deveria ser o auge de suas vidas. Alguns autores dizem que há uma correlação entre a ansiedade e o mal-estar, e que estes motivos podem até mesmo advir de uma possível rejeição à gravidez (SANTOS, 2015).

### 2.1.2 Segundo trimestre

Esse período, que consta da 13<sup>a</sup> semana até a 27<sup>a</sup>, é quando, normalmente, mudanças significativas ocorrem no corpo das mulheres para que o bebê seja melhor desenvolvido. A possibilidade de um aborto espontâneo já não é mais tão presente, assim como a maior parte do mal-estar. Dessa forma, espera-se que seja uma fase mais tranquila (COLMAN E COLMAN, 1994).

Com o desenvolvimento mais intenso do bebê, a mulher consegue até mesmo senti-lo melhor enquanto ele se movimenta, o que dá uma ideia fatídica que dentro de si cresce uma vida.

No campo psicológico, em decorrência da maior visualização das mudanças corporais, a mulher pode desenvolver uma relação não muito saudável com seu corpo. Mesmo para aquelas que se sentem felizes com a gestação, olhar para o espelho e notar seu corpo tão diferente pode ser desconfortável e causar alterações na autoestima, além de uma não identificação com a própria imagem. Porém, o oposto também é possível, onde há um júbilo de estar com um barrigão e carregando seu bem mais precioso no ventre.

Colman e Colman (1994) ainda notam ser esse o momento de maior aproximação da mulher grávida com sua mãe que já passou pela experiência. Nesse mesmo sentido, Winnicott (1994) fala sobre a necessidade que a mulher sente de ser cuidada e sobre a importância da rede de apoio para as mulheres grávidas e da

criação de um vínculo ainda maior entre a mulher e sua mãe, e a mulher e seu companheiro, caso haja.

A relação mãe-mãe se torna mais próxima pois elas compartilham uma vivência, experiência, dores. A perpetuação do ciclo reprodutivo é algo muitas vezes incompreensível para quem não passou pela experiência, assim, faz-se necessário para a mulher saber que pode contar com alguém que passou por isso. Colman e Colman (1994) ainda afirmam que é mais saudável que essa aproximação aconteça entre a mulher e seu companheiro, para que essa não regresse ao momento mental onde era dependente de sua mãe e essa era sua única provedora.

### 2.1.3 Terceiro trimestre

Nesse último momento há uma mistura de alívio por estar no fim do ciclo, e de inutilidade. A primeira sensação tem a ver com a ufania de estar tão perto de ver o rosto do seu pequeno, já a segunda tem a ver com o tamanho da barriga estar tão grande que essas mulheres não conseguem fazer coisas básicas como cortar as unhas do próprio pé, o desconforto persegue essa mulher pois há a sensação de que seus órgãos estão constantemente sendo esmagados.

Ao mesmo tempo, há uma enorme ansiedade e medo, pois, em breve, essa mulher terá em seus braços um recém-nascido completamente dependente dela e a preocupação lá do primeiro trimestre volta com ainda mais força. Essa ansiedade pode inclusive influenciar na antecipação do parto ou na demora do mesmo (SANTOS, 2015).

Por fim, percebe-se que a gravidez é um momento bem complexo que traz os mais variados sentimentos e sensações para a vida da mulher. Além de toda essa mudança interna, cumpre citar as externas, tais como: mudança da casa, adaptação da família ao novo membro, o aceite ou não do seu companheiro, a vida financeira, etc., tudo isso acaba influenciando diretamente no psicológico da grávida.

Há também uma outra faceta da gravidez: a possibilidade de algum desses semestres ser interrompido de maneira abrupta, ocasionando então numa perda gestacional ou, de todos os semestres ocorrerem bem, mas o bebê ser natimorto ou nascer com vida e depois morrer. É aqui que algumas mulheres precisam enfrentar o luto materno.

### 3 PERDA E LUTO

Para além do fim da vida, o luto também diz respeito ao término de um relacionamento, a perda de um animal de estimação, de uma parte do corpo etc. Ocorre que, apesar de ser citado apenas como relacionado à morte, o luto é uma resposta emocional em face a qualquer perda significativa, sendo um processo de desvinculação da existência ou presença de algo estimado.

Freud (1917/2010), que foi um dos primeiros autores a tratar sobre esse tema, aduz que, após a perda desse objeto estimado, é como se todo o mundo da pessoa empobrecesse, trazendo sintomas parecidos com o de uma melancolia, uma espécie de esvaziamento do mundo externo.

Barbosa e Neto (2010) dizem que o luto tem duas constituições: a perda e a reação. Os autores afirmam que essa perda pode ser simbólica (de algo que viveria apenas na imaginação e não no mundo dos fatos, seja esse algo um a expectativa, um desejo ou um ideal) ou real (algo que de fato existe e é palpável). A reação é a maneira como os sobreviventes – seja a família, amigos etc – se portam após receber a notícia da morte de seu objeto querido.

#### 3.1 Processo de luto

O processo do luto, apesar de ser único para cada indivíduo, carrega algumas semelhanças como a dor, o desânimo e o vazio, tudo em decorrência do impacto trazido pela ruptura do laço entre quem fica e quem se vai.

O autor Sullivan (1956 *apud* Sanders, 1999), entende esse processo como uma forma de cortar os laços vinculativos, assim, o luto age “como um mecanismo extremamente valioso e protector, sem, no entanto, negligenciar a dor e o aspecto desagradável que o caracterizam” (MELO, 2004, p. 4).

Parkes (1998) informa que o luto se trata de uma vivência imprevisível, inevitável e desconexa. A autora Kovács (1992) diz não ser algo universal, uma vez que tudo depende do vínculo existente com aquele que morreu. Essa fala decorre da teoria da vinculação criada por John Bowlby (1980 *apud* Sanders 1999), onde ele afirma que são os laços afetivos os responsáveis pelo tamanho do sofrimento, juntamente com a proximidade e familiaridade. Assim, quanto mais forte o laço, mais difícil de lidar com a ruptura.

Em seu estudo histórico acerca de como as famílias ocidentais lidavam com a morte, Ariés (2003) afirma que há dois conceitos: a Morte Domada e a Morte Interdita. Na primeira há um vínculo com a morte, uma espécie de compreensão, o medo não se fazia presente, era visto apenas como o processo natural do ciclo, viemos do nada e para ele retornaremos. É no século XVIII que o tema ganha um viés dramático, aqui entra em cena o sentimento de apreensão perante a ausência do membro familiar.

Já na metade do século XIX nos deparamos com o tabu que hoje existe. Ariés (2003) afirma ainda que, nos dias atuais, em decorrência dos avanços tecnológicos, a morte torna-se um fenômeno técnico que decorre de uma mera suspensão de cuidados no hospital. Ao passo que antes, se morria em casa perto dos seus, hoje em dia tudo acontece dentro do hospital, e muitas vezes sozinhos.

Kouri (2010) entende que a sociedade brasileira vive uma dualidade no tocante à morte e ao luto pautada na importância de enfrentar o processo e também na obrigação de mascarar os sentimentos e agir de maneira discreta. Toda a sociedade exige e espera que os enlutados se recuperem em apenas 7 dias: o tempo de folga que você tem para se recompor e voltar ao trabalho. O capitalismo não tolera falta de produtividade.

### **3.2 Modelos do processo de luto**

A famosa psiquiatra Elisabeth Kubler-Ross escreveu em 1969 o livro “Sobre a morte e o morrer”, falando das cinco fases do luto ou formas de ver a morte, sendo elas: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Esse estudo se tornou o mais usado e aceitável sobre o tema. Assim, é válido destrinchar a visão da autora:

a) Negação: Se manifesta por meio de uma não aceitação, uma defesa da psiquê. O indivíduo sobrevivente se nega a crer que não mais verá ou conviverá com quem se foi, há uma dor intensa que caminha junto com a não perspectiva de como a vida acontecerá com essa perda.

b) Raiva: Há mix intenso de revolta, injustiça e até mesmo ódio, de si e do mundo ao redor. Tem muito a ver com o fato de que a morte é irreversível e se destaca ainda mais nas perdas acidentais, pois, tecnicamente, é uma quebra do que é entendido como ciclo natural da vida, onde temos uma certa expectativa de que a morte anda junto com uma enfermidade ou com a idade mais avançada.

c) Negociação: essa barganha acontece dentro de si mesmo, o sobrevivente tenta se convencer de que se agir de tal forma ou fizer tal coisa, o alívio da dor acontecerá e ele então conseguirá sair mais rápido daquele ciclo de dor e tristeza. A autora também relata que pode ocorrer em relação à Deus, como uma espécie de promessa para solucionar esse problema.

d) Depressão: é a fase mais longa do processo, onde o enlutado se sente derrotado, injustiçado e impotente. Ele percebe que não há o que ser feito, que a morte é um fato e que não há nada que ele poderia mudar. Apesar disso, ainda é uma dor intensa e regada à muita tristeza.

e) Aceitação: Na última fase do luto, temos alguém entendendo e assimilando melhor a realidade; não é que pare de doer, apenas há uma aceitação.

Além da autora acima citada, diversos outros desenvolveram estudos acerca do processo, dentre eles temos Freud, Deutsch, Bowlby e Worden, vejamos:

Freud (1917/2010) defende que a pessoa enlutada fica impedida de se envolver novamente antes do corte do laço, e a partir disso, a libidinagem é transferida para outro objeto de estímo. O psicanalista afirma que o sobrevivente se torna hostil e deprimido caso não haja a transferência, além da similaridade com a melancolia citada no tópico anterior, que acaba por causar dor e apatia, Freud aduz que após o fim do processo, o ego se liberta e o indivíduo está pronto para outra relação.

Deutsch (1937, *apud* Hagman, 1996), aduz que a ausência do processo mostra uma psicopatologia, ou seja, o sobrevivente precisa passar por todo o luto pois a dor e o laço far-se-á presente até que este seja concluído.

A teoria da vinculação de Bowlby (1980) afirma que o dano causado pela perda decorre dos laços que você tinha com essa pessoa, criados pela familiaridade. O autor também definiu quatro estágios pelos quais o indivíduo tem que transitar até que o laço seja completamente desfeito, são eles: o choque, o protesto, o desespero e por fim, a aceitação.

Já Worden (1983) nos mostra uma série de tarefas a serem realizadas para que se passe pelo processo de luto: a) aceitação da perda de forma intelectual, emocional e física; b) o experienciar e processar a dor (o autor acredita que se isso não acontecer, o sobrevivente pode voltar até à estaca zero ou até mesmo desenvolver um sintoma psicossomático em decorrência da sobrecarga emocional); c) adaptação e; d) tentar investir em outros laços, pois o sobrevivente não deve estagnar sua vida e/ou suas outras relações.

Sanders (1999) possui uma teoria Integrativa que mostra a necessidade e o desenrolar do processo de luto em 5 fases: a) choque: na mistura entre confusão e descrença, o enlutado acaba se mantendo em um constante estado de alarme. Além disso, segundo o autor, aqui se vivencia também um torpor, que protege o enlutado e pode o ajudar na realização das atividades pós morte; b) consciência da perda: conforme o torpor trazido pela *novocaína* é excretado do corpo humano, o enlutado se depara com a dor física e mental, além da agonia; c) conservação-retirada: nessa fase a energia do enlutado é quase inexistente e pode sentir dificuldade de realizar tarefas básicas, segundo o autor é aqui que tem-se os primeiros feixes da aceitação, d) cura: é a separação de águas, quando o sobrevivente decide seguir em frente com sua vida, e por fim; e) renovação.

Por fim, Barbosa e Neto (2010) dividem esse processo em 3 fases: choque/negação, desorganização/desespero e reorganização/reestabelecimento. Na primeira fase temos o contato inicial do sobrevivente com a notícia, é um misto de descrença e não aceite. A segunda nos mostra os passos após o entendimento, é o processo de aceitação, quando quem ficou começa a perceber que a morte é irreversível e que não há o que fazer para que o objeto querido volte. Já na terceira fase é quando tudo começa a ser reorganizado, onde a realidade é aceita e há uma tentativa de voltar a viver com esse acontecimento fatídico.

### 3.3 Sentimentos comuns no processo de luto

Melo (2004) em seu estudo acerca do processo de luto, adapta um quadro de Worden e destrincha os sentimentos mais comuns dos enlutados, vejamos:

- a) Tristeza: comumente manifestado pelo choro;
- b) Raiva: A raiz pode ser a frustração por achar que poderia ter feito algo diferente e que salvaria da morte o ente querido;
- c) Culpa e autocensura: a culpa se dar por não achar ter feito o suficiente e a autocensura por achar injusto estar vivo, sorrir ou sentir qualquer tipo de alegria uma vez que a outra pessoa morreu;
- d) Ansiedade: Segundo a autora, “Pode variar entre uma ligeira sensação de insegurança ou um ataque de pânico, e quanto mais intensa e persistente for a ansiedade, mais sugere uma reação de sofrimento patológica.” (MELO, 2004, p. 6)
- e) Solidão;

f) Fadiga: por meio da apatia ou indiferença, conforme notou Freud (1917/2010).

g) Desamparo;

h) Choque;

i) Anseio: desejar novamente a presença de quem se foi, é um sentimento vivenciado pelos que ainda estão em negação;

j) Torpor.

Importante lembrar que o psicológico afeta o físico, assim, os enlutados às vezes acabam sentindo também apertos no peito, fraqueza, falta de fôlego etc. Além disso, distúrbios (sono, apetite) e distrações também são comuns.

### **3.4 Fatores que influenciam o luto**

Ainda fazendo uso dos estudos de Worden (1983), vemos que alguns fatores acabam por influenciar o luto, como por exemplo: o modelo do vínculo com o morto (desde a forma da relação até a história vivida entre as partes), as características do morto, personalidade do mesmo e variáveis sociais.

De maneira mais profunda, Bowlby e Dutra (1998) citam cinco fatores que influenciam esse processo:

a) Identidade e papel de quem se foi: aqui pesa a proximidade e/ou dependência entre quem sobreviveu e quem morreu, quanto maior o vínculo, maior a dor e o dano causado;

b) Identidade e sexo da pessoa enlutada: o autor diz que as mulheres acabam sendo as mais afetadas pelo luto;

c) Motivo e maneira da perda;

d) Circunstâncias sociais e psicologias que afetam a pessoa enlutada: o fato de viver sozinho ou com outros membros da família; a necessidade de se reconstruir física e emocionalmente o quanto antes pois possui alguém que depende de seus cuidados, a vida financeira caso a pessoa sobrevivente dependesse economicamente do morto, a crença, pois, certas religiões tem uma visão que acaba por acalmar o coração do enlutado;

e) Personalidade do enlutado: tem a ver diretamente com a visão que o indivíduo tem sobre a morte.

Destarte, resta claro que o luto não é universal, sendo então um processo pessoal e único, onde cada um responde de maneira diferente, com emoções diferentes e em momentos diferentes, o que nos traz o conceito de luto complicado.

Luto complicado é usado para designar fatores que atrapalham o processo do luto normal. Isso pode vir a acontecer por infinitos fatores que variam desde a personalidade do sobrevivente ao nível de estresse. Essas situações podem influenciar no tempo de duração do luto ou fazer com que este seja postergado para proteção do enlutado. Foi Rando (*apud* Sanders, 1999) quem as classificou em sete, vejamos:

- a) Luto ausente: quando não há luto.
- b) Luto atrasado: o sobrevivente de maneira direta ou indireta acaba por postergar os sintomas e o processo do luto, impedindo que este seja vivido, o que resulta em reações secundárias como hiperatividade, raiva excessiva etc.
- c) Luto inibido: onde o enlutado não se permite passar pelo processo do luto.
- d) Luto distorcido;
- e) Luto conflituoso: ocorre principalmente quando o enlutado tinha sentimentos ambíguos pelo morto, ex: mãe controladora e narcisista, o enlutado ama a mãe, mas ao mesmo tempo sente alívio por ela já não estar mais presente em sua vida. Ocorre que esse alívio logo é substituído pela culpa e autojulgamento pelo que sente.
- f) Luto inesperado: não sabe o que sentir ou se deve sentir algo.
- g) Luto crônico: quando o enlutado se mantém no processo de luto. As reações diminuem com o passar do ano, mas o luto é tratado como única constante da vida, sendo eterno e profundo.

Bolen, Bout e Hout (2003) afirmam que apesar de algumas pessoas passarem por processos mais duros que outras, a maior parte consegue passar por todas as fases do luto sem a ajuda de um profissional, enquanto outros precisam de ajuda psicoterapêutica.

Acerca do tema, Barbosa e Neto (2010) entendem que, entre 10% e 20% das pessoas enlutadas acabam precisando de acompanhamento por um profissional de saúde mental. Essas pessoas enfrentam um luto complicado ou patológico. O luto complicado se divide em: traumático, inibido, crônico, exagerado e indizível. Já no luto patológico temos treze categorias:

a) Melancólico: com um leve toque freudiano, essa classificação está ligada ao sentimento de culpa e um sentimento depressivo, podendo ou não haver a presença de pensamentos suicidas.

b) Maníaco: há uma pseudo-superação e a necessidade de agir como se já estivesse tudo bem, com um pé na obsessão e euforia.

c) Paranoide: ao mesmo tempo em que o sobrevivente que atacar e combater a ideia de que seu objeto de afeto não mais existe, ele quer fugir da realidade.

d) Histérico: uma série de dramatizações e identificação com quem partiu, a busca por similaridades.

e) Hipocondríaco: o sobrevivente quase se perde em pensamentos irreais e preocupações em excesso de doenças ou ações que podem o levar ao mesmo destino de quem morreu.

f) Obsessivo;

g) Fóbico: a fobia age junto com a hipocondria, quase no mesmo sentido.

h) Ansioso: os autores falam sobre uma possibilidade de ansiedade e até mesmo agorafobia.

i) Pós-traumático: é comumente associado ao estresse que decorre da morte.

j) *Borderline*: além de estar ligado ao estresse advindo do trauma, “tem também tendência à perturbação de stress pós-traumático, bem como ao *delirium* agudo e subagudo, a situações de síndrome confusional e confuso-oníricas.” (SANTOS, 2015, p. 29)

k) Aditivo: o sobrevivente se mantém em negação e despeja seus sentimentos em álcool e drogas, para que estes posterguem o sofrimento, servindo como um torpor induzido.

l) Caracterial: o enlutado não consegue se adaptar à sua nova realidade.

m) Somatoforme: nesse tipo de luto o estado emocional do sobrevivente está tão abalado que acaba refletindo em sintomas psicofisiológicos.

### 3.5 Luto e o contexto familiar

O núcleo familiar não segue um padrão, haja vista a existência de inúmeros tipos de família – monoparental, multiparental, anaparental –, mas fato é que independente da sua formação, cada um dos participantes possui sua importância e seu lugar único enquanto membro das mesmas.

Fato é que, apesar de todas as vinculações que o indivíduo possa ter externamente, é comum que na família sua perda mais sentida, já que é ela que acaba por ser mais afetada por sua ausência, seja de forma individual entre os membros ou de maneira geral. A adaptação da família frente a não mais presença de algum de seus entes queridos, as leva a mudar suas definições e se reorganizar, de maneira irretroagível e imediata.

Entretanto, nem todas as famílias conseguem se recuperar após a morte de um dos seus. Ao tempo em que umas continuam vivendo, outras ficam desestruturadas emocionalmente ou fisicamente ao ponto de não conseguirem seguir em frente, causando impacto negativo no desenvolvimento de todos os membros (MELO, 2004).

Walsh & McGoldrick (1995), reconheceram tarefas que ajudam na adaptação imediata e a longo prazo de uma família face ao luto: a) reconhecer a morte conversando de maneira clara e aberta entre os membros restantes, uma vez que não falar sobre pode acabar influenciando na não aceitação e no afastamento dos membros restantes, e; b) reorganizar a estrutura familiar e adaptá-la uma vez que a ausência de algum de seus participantes acaba por desestabilizar o núcleo, assim, faz-se necessário redistribuir papéis uma vez que não há como substituir a pessoa que morreu.

Alguns estudiosos (Curi, 2016; Duarte & Turato, 2009; Soubieux, 2014), estão considerando a perda gestacional ou neonatal como fato gerador de um processo individual de luto, uma vez que a relação entre mãe-bebê ainda estava no começo e havia toda uma idealização acerca da nova vida. Portanto, acredita-se que esse luto acarreta outros tipos de traumas, sendo essa a razão do presente trabalho.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No caso de filhos biológicos, a gravidez, o parto e o puerpério são fenômenos que fazem parte do tornar-se mãe. É notório saber que a fase gestacional exige da mulher um tempo e processo de adaptação, tanto em relação às mudanças físicas – corporais, hormonais e metabólicas – quanto psicológicas, como aceitação, ansiedade, medo, dúvidas, receios etc.

O vínculo entre mãe-bebê começa desde a vida intraútero e o laço vai se tornando mais forte conforme as semanas passam – nos casos onde não há rejeição ou negação da gravidez. O mundo real e o imaginário possuem uma linha bem tênue, pois é comum que a mulher acabe projetando seus anseios e desejos em seu filho.

Dessa maneira, é de se imaginar que no nascimento do filho, a mulher apenas espere que dê tudo certo e que todos os seus anseios sejam conquistados. Assim, o parto é uma etapa muito importante no processo de se tornar mãe (LOPES; DONELLI; LIMA & PICCINI, 2005) e o pós-parto é o momento onde tudo é concretizado e maternidade é finalmente “estreada”.

Brazeton e Cramer, (1992) elucidam que, após o nascimento do bebê, a mulher precisa aceitar o fim da fusão entre ela e a criança que estava em seu ventre e se adaptar à criança que agora está em seus braços, esse processo é chamado de luto simbólico:

Simbolicamente, o bebê será nominado, esta imagem perfeita ganhará formas pelas palavras, que significam e dão sentido à presença deste bebê como objeto de amor; ele ganhará um nome, um sexo e características físicas e psicológicas mesmo antes de nascer. O simbólico media a relação entre imaginário e real, visto que no real a falta transparece, revelando que os desejos não podem ser totalmente satisfeitos, que o bebê não pode preencher todas as demandas da mãe e, sendo assim, não corresponderá totalmente à imagem e às identificações nele projetadas. A perda do bebê fantasiado, o bebê imaginário, é inevitável (VALENTE, 2008, p. 4-5)

Assim, entende-se que, a perda real (perinatal ou fetal) na verdade é do bebê imaginário ainda não trazido ao mundo dos fatos. Acontece que, após a perda gestacional ou de um filho natimorto, a mulher não tem como diferir o bebê imaginário do bebê real, uma vez que não possui mais nenhum dos dois.

#### 4.1 Luto na maternidade

Em decorrência do preparo psicológico, adaptação, as mudanças e os hormônios, fica claro que a perda gestacional nunca é uma opção concreta para as mães, esse medo fica apenas no mundo das ideias até quando não fica mais, e essa perda acaba causando um impacto significativo na vida da mulher.

A perda de um filho antes do nascimento ou no período neonatal, representa “a morte de um sonho” (TORLONI, 2007, p. 297). A família como um núcleo só vivencia o luto, mas é para a mulher que a dor acaba ainda sendo maior, pois era o ventre dela que carregava a criança, foi seu corpo que mudou e se adaptou para enfim trazer seu filho ao mundo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a morte fetal é definida como:

A morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (Brasil, 2009, p. 22).

A perda ainda na primeira gestação pode acabar com o desejo de engravidar de novo por medo de falhar. No caso de mulheres que passaram pela perda gestacional, há um esforço ainda maior de se manterem equilibradas física e psiquicamente. Muitas das vezes a perda consecutiva acaba por resultar em uma ansiedade e hesitação face à nova gravidez (DUARTE E TURATO, 2009).

Nos dias atuais ainda nos deparamos com uma visão antiquada de que a maternidade é natural e inerente para as mulheres, assim, se estas não podem, por qualquer motivo que seja, gerar, acabam por serem acometidas pelo sentimento de inferioridade. Também afeta diretamente a autoestima e a forma que as mulheres enxergam seus corpos, como se ele fosse defeituoso por não conseguir cumprir o que é colocado como papel biológico natural de ser mulher (CUNHA; LEMOS, 2015).

O recebimento do diagnóstico de óbito fetal destrói toda a idealização da mulher, sendo um sentimento de perda inestimável. Há uma dificuldade de aceitação, negação e sofrimento, sendo todos esses requisitos caracterizadores do processo de luto.

O desejo ou não de engravidar, as características familiares, o desejo de maternar etc, influenciam na maneira que a mulher vai se portar perante a perda. Nazaré et al (2010) trazem três tipos de fatores relacionados a isso: a) o comportamento do casal: idade, personalidade, crenças, experiências prévias, desejo e motivação de ter um bebê; b) o bebê: se era uma gestação de risco, se havia algum prognóstico ou predisposição de complicações; c) o apoio: comportamento da família, apoio social, profissionais de saúde etc. As autoras acreditam que todas essas variáveis tem relevância para o processo de luto.

Além disso, é importante lembrar que na maioria das vezes o óbito fetal obriga a mulher a passar um tempo internada no hospital, podendo até mesmo dividir o quarto com gestantes, puérperas e recém-nascidos. É um momento extremamente frágil, onde a mulher precisa de uma rede de apoio e de preferência de acompanhamento psicológico também (CUNHA; LEMOS, 2015).

O que fica depois é o medo. Na entrevista realizada por Cunha e Lemos (2015), pode-se ver a maneira como as mulheres estão amedrontadas, fragilizadas e buscando sempre uma explicação. É notável o trauma, a maneira que isso fica circulando a mente das mulheres. Algumas mal conseguem dizer o que estão sentindo, faltam palavras, conforme esclarece Poli (2008). O choque e o torpor são as reações principais, depois vem a tristeza, a raiva, a culpa, vazio, angústia, todos os sentimentos parecem bem nítidos conforme a entrevista acontece.

Segundo Freud (1938/2018) existem duas pulsões básicas: a de vida, usada para unir e a de morte, para destruir. Essa segunda se mantém escondida até o momento exato de eclodir, quando ocorre a perda do objeto de significância, potencializando o trauma do aparelho psíquico. Essa ruptura brutal de um escudo protetor diante situações traumáticas acarreta em uma desestruturação do funcionamento psíquico. Vejamos o que Andrade, Silva e Roure (2020, p. 147) afirmam sobre isso:

Considerando a dinâmica da dor psíquica, do luto e da melancolia e como esses aspectos se articulam no episódio da perda gestacional, destaca-se que esta desestrutura a interpretação do papel feminino, passando a ser associado ao desprezo, inadequação e ineficiência. Tais reações representam uma ferida narcísica difícil de ser reparada. (...). Independente do período gestacional, a perda produz restos psíquicos que necessitam de elaboração. A vivência da perda é carregada de um efeito traumático, principalmente, por se somar à passagem por um terrível momento de crise e de perturbação da identidade. Sendo assim, o luto da mulher que perdeu seu bebê é considerado como insólito, posto que possui características com

aspectos incomum, o tornando incompreensível e irreconhecível pelo entorno.

Percebe-se então que a dor da mulher-mãe ocorre devido ao lugar psíquico que o filho ocupa, principalmente no caso de mulheres que sempre sonharam com a maternidade como um objeto de completude que as fazem alcançar a feminilidade socialmente esperada. O pai da psicanálise ainda diz que esse processo é doloroso pois se trata da regressão da libido, o *eu* precisa se desafixar, o que causa um enorme sofrimento.

Iaconelli (2007) afirma que a maior dificuldade ao lidar com o luto materno é a negação social, onde as pessoas chegam a silenciar e impedir o sofrimento da mãe, impedindo-a de atribuir o *status* de filho ao bebê morto. Falas como “foi melhor assim”, “você ainda é nova”, “dá para fazer outro” desumanizam a dor da mulher, e são comumente ouvidas conforme vemos nas entrevistadas de Andrade, Silva e Roure (2020) e Cunha e Lemos (2015). É como se por terem morrido antes do nascimento, os bebês pudessem ser substituídos.

As marcas desse bebê ficam restritas ao mundo das lembranças dos pais. Lima e Fortim (2015, p. 782) descrevem bem como “no caso das mães de natimortos, a única coisa que elas possuem é o que viveram em si mesmas, durante a gravidez, o registro da própria memória, acessível aos demais somente através de seus relatos”.

Quando a mulher vivencia essa perda ainda nas semanas iniciais, muitas das vezes seu luto acaba por ser invalidado pela tese de que o período de tempo foi muito curto. Assim, essas mulheres tem suas dores minimizadas e seu luto deslegitimado.

Para além do luto gestacional, temos também as perdas perinatais, que são relativas aos bebês que morrem entre as 22 semanas de gestação e o sétimo dia após o nascimento (OMS, 2009).

O bebê que nasce sem apresentar sinais de vidas é chamado de natimorto, acredita-se que é ainda mais intenso que a perda gestacional, uma vez que,

A experiência da ocorrência de um natimorto parece ser, dentre as perinatais, a mais real, em geral, porque o bebê encontra-se mais desenvolvido e porque a família já fez adaptações para a chegada do novo filho. Normalmente, os pais já tiveram a oportunidade de ter experiências mais palpáveis como movimentos fetais, ultrassonografias, definição de nome, compra de enxoval (VIEIRA, 2006, p. 66-67)

Após o nascimento sem vida, ainda há de se pensar que a mulher está em estado puerperal, ou seja, um turbilhão ainda mais intenso de hormônios e sobrecarga

de sentimentos. Com o bebê nos braços já é um momento delicado, sem ele a dor se multiplica.

A Lei nº 6.015/73 dispõe sobre os registros públicos e regulamenta o registro do natimorto, mas o nome não é algo cabível, uma vez que para ter um nome faz-se necessário o nascimento com vida e o registro deste. Assim isso gera um silenciamento da dor familiar, o que acaba levando a mãe a sentir que seu filho na verdade nunca existiu para o mundo.

Freire (2012) aduz que o processo de nomeação ajudaria a mãe a se reequilibrar mentalmente, principalmente caso não tenha outro filho, uma vez que “ao nomear objetos, o ser humano os faz subsistir no tempo, assim eles duram além de seu desaparecimento. O nome é o tempo do objeto.” (p. 27).

#### **4.2 A relação mãe-bebê seguindo Winnicott**

O Autor aduz que o processo de amadurecimento dos bebês pode ser correlacionado com o dos psicóticos, nesse processo o crescimento acontece conforme eles vão se conhecendo. A esse processo é dado o nome *self*.

“O ambiente, é descrito e sustentado teoricamente por Winnicott como principal aspecto no processo do amadurecimento; primeiro representado pela mãe, em seguido pelo pai, seguido pelos demais familiares, ampliando-se pela escola e comunidade, em geral. O ambiente primário se adapta ao bebê e a partir daí, vai se expandindo e sempre apontado pelo autor como facilitador para o caminho do desenvolvimento.” (SANTOS, M. 2012, p. 32).

Dessa maneira, a relação mãe-bebê vai se firmando por instinto e de forma espontânea. Nas primeiras semanas após o parto, o estado mental da mulher pode ser comparado ao de psicose, nele a mãe está vidrada em todas as necessidades que o bebê pode vir a ter, assim como em todos os pequenos movimentos do mesmo, é um estado de alerta e prontidão constante. Winnicott (1999) diz que é o estágio primário da maternagem.

É nesse estágio que a mulher mais precisa de assistência e apoio, onde há a necessidade do *holding*, termo criado pelo autor para designar a rede de apoio da mulher-mãe, uma vez que essa se vira completamente para prover a criança e tudo que ela precisar.

Mais uma vez fica claro que a ausência do bebê – seja o que ainda estava no intraútero ou o natimorto – acarreta uma série de traumas que a mulher não estava

preparada para lidar, como a quebra abrupta da expectativa e dos sonhos, a nova organização que essa mulher vai ter que fazer em sua vida e na de sua família.

### **4.3 Puerpério após natimorto**

Nos primeiros meses do luto no período puerperal existe um excesso de sentimentos e estes são os mais diversos. É um misto de confusão e fragilidade, além da debilidade caso tenha precisado parir o natimorto.

Há uma possibilidade de que, por conta dessa instabilidade emocional, a mulher acabe com um quadro de depressão pós-parto, o que de acordo com a CID-11, é fomentado pela psicose puerperal, depressão puerperal e síndrome de tristeza pós-parto, vejamos:

a) Síndrome de tristeza Pós-Parto: também chamada de *baby blues* é apresentada por pouco tempo, e melhora de forma natural. Apesar de ser um estado depressivo, não é grave. Szejer e Stewart (1997) afirmam que decorre da baixa autoestima, onde a mãe não se acha boa o suficiente para o bebê;

b) Depressão pós-parto: possui as mesmas características da depressão de fato, sendo estas o estado de tristeza contínuo, ausência de autoestima e perda de propósito para viver (FREIRE, 2012);

c) Psicose puerperal: aqui já se trata de algo bem grave, a mulher pode até mesmo matar seu bebê em um surto ou apenas abandoná-lo. O infanticídio acontece normalmente nesse momento, há uma necessidade de intervenção e tratamento intensivo para a mulher.

### **4.4 A experiência do luto na perda gestacional: elementos constituintes**

O luto de maneira geral trás várias emoções e sentimentos, conforme analisado no tópico 3.3. Entretanto, segundo o estudo realizado por Sionek (2019), em suas entrevistas, 9 elementos comuns foram encontrados na perda gestacional, vejamos:

#### **4.4.1 Dor**

Apesar de ser difícil achar uma explicação ou pôr em palavras, alguns autores a classificam em duas: física e emocional. No primeiro temos os

procedimentos realizados para retirar o bebê da mulher, seja por curetagem ou expulsão e no segundo toda a dor psíquica, que pode vir a afetar o corpo físico também. A autora ainda afirma que:

(...) a dor física e o sofrimento existencial se mesclam ao ponto de não se distinguirem, uma vez que a existência se dá nesse corpo que é carne. A tênue e quase não identificável borda entre elas nos indica que podemos compreender dor física e o sofrimento como coconstituintes de uma mesma experiência de dor na perda gestacional. (SIONEK, 2019, p. 65)

Essa dor por vezes vem atrelada a descrença e ao sofrimento existencial. A mulher imaginava viver os próximos ciclos da vida ao lado de seu filho e partir antes do mesmo, conforme entende-se como a ordem natural.

A perda abrupta antes mesmo que possa desfrutar as fases iniciais afeta de maneira profunda a psiquê feminina e traz consigo o receio de engravidar novamente por temer passar pela mesma situação.

Freire (2012, p. 32) diz que “o sofrimento psíquico por óbito fetal é triplo, a mãe sofre um luto pela morte do filho, pela impossibilidade de ser mãe e pela não validação social de seu luto, uma perda invisível.”

#### 4.4.2 Falta de sentido

O entorpecimento rege nesse momento, a mulher se vê ainda na fase do de desnorтеio, ao mesmo tempo em que busca sentido e procura explicações para sua perda dentro de si e no mundo exterior. A culpa muita das vezes impera, pois, as mulheres sentem como se devessem ter notado algo estranho ou ido mais rápido até o hospital (ANDRADE, SILVA e ROURE, 2020).

#### 4.4.3 Choque

Quando uma gestação é esperada ou desejada, há um planejamento de vida a longo prazo com esse novo membro a família. A rotina e a casa precisam se adaptar ao bebê, todos emergem em um mundo novo até que, inesperadamente precisam voltar a superfície.

A perda súbita gera o chamado estado de choque, que acaba sendo maior naquelas que não conviviam com a possibilidade de risco gestacional. O sentimento

vem junto com a percepção da falta de controle sob a vida e da imprevisibilidade da mesma, uma vez que há não como contornar a morte (FREIRE, 2012).

#### 4.4.4 Raiva e Inveja

É doloroso precisar permanecer na maternidade após a perda do bebê, as entrevistadas relatam que é difícil quando voltam para a ala e se depara com várias mães segurando suas crianças. O sentimento de comparação e a desestabilidade da autoestima estão presentes no luto materno (FREUD, 1917/2010).

Além desses sentimentos citados, percebe-se também o autojulgamento, pois as mulheres relatam não gostar de se sentir assim. No fim, não é saudável a comparação, essa acaba por afetar a imagem de si mesmas, as fazendo questionar por qual motivo não são merecedoras ou o que há de errado com seus corpos (SIONEK, 2019).

#### 4.4.5 Culpa

Freitas & Michel (2014) descrevem a culpa como um dos pilares do luto materno devida à importância da mãe para nossa cultura, temos uma visão quase sacramental delas, fato que decorre desde os tempos passados quando a responsabilidade para com os filhos recaia única e exclusivamente sob as mulheres.

Tanto as mulheres entrevistadas por Sionek (2019) quanto as por Andrade, Silva e Roure (2020) demonstram esse sentimento em uma escala muito alta, as dúvidas sobre o que poderiam ter feito de diferente, sobre seus corpos, sobre terem se cuidado o suficiente, sobre não terem agido antes, tudo isso passa pela mente das mesmas.

Ao mesmo tempo em que se algumas tem consciência de que nada que pudessem ter feito de diferente afetaria no resultado do óbito, o desgaste mental e a dor é tão grande que na busca de soluções a culpa recai sobre elas, pois o sentimento é de que elas falharam como mulheres e com seus filhos e de que seus corpos falharam (SIONEK, 2019).

#### 4.4.6 Medo de nova perda

O trauma de passar pela perda gestacional gera insegurança, ansiedade e medo de que tudo se repita. Ao passo que algumas pensam em tentar novamente em pouco tempo ou logo em seguida, outras só querem nunca mais engravidar para não precisar passar pelo mesmo sofrimento (FREIRE, 2012).

#### 4.4.7 Ser mãe novamente

Quatro das cinco entrevistadas tiveram um filho após passarem por esse processo. Narram as mesmas que o nascimento do bebê subsequente foi “um marco do abrandamento da dor e do sofrimento” (SIONEK, 2019, p. 78).

É obvio que ter um novo filho não apaga o que aconteceu ou substitui o perdido, mas também se torna nítido que acalentou o coração das mulheres e ajudou no processo de superação de duas delas.

#### 4.4.8 Solidão

Nos dias atuais e na nossa sociedade a morte ainda é considerada um tabu. É algo que você não comenta, logo, seu luto acaba sendo vivido de maneira solitária, principalmente nos casos de perda gestacional.

Lima e Fortim (2015) discorrem sobre a falta de acolhimento, sentimento de desamparo e o luto silenciado, além de ressaltarem a importância de uma rede de apoio mais específica, formada por mulheres que já passaram pela mesma situação.

Blogs, grupos nas redes sociais, fóruns etc, tudo se faz útil para que essas mulheres consigam enxergar que não são uma em um milhão e que casos assim acontecem, mas não significa o termino da vida ou da felicidade.

Sionek (2019) ainda alega que a solidão muito tem a ver com a falta de comunicação e informação sobre esse tipo de luto. Falar sobre nossas dores nos ajuda a superá-las com mais facilidade.

#### 4.4.9 Ressignificação

O luto é a perda de um objeto de grande importância para o indivíduo (FREUD, 1917/2010). Nesse diapasão, percebemos que a quebra do vínculo não significa sua inexistência, a ausência corporal não leva as memórias colecionadas.

Assim, cabe ao sobrevivente tentar ver de outra maneira todo o acontecido, uma vez que,

A resignificação não se trata necessariamente de constituir um significado “bonito” para a perda, mas, fala de encontrar uma forma de constituir novos sentidos para essa relação e, assim, encontrar caminhos que possibilitem manter esse vínculo. Nessa direção, entendemos que a raiva, nesse caso, pode ser compreendida como um caminho possível (SIONEK, 2019, p. 87).

Apesar de ser difícil, a vida volta a ter sentido quando você consegue passar pelo processo do luto. Não te torna blindado face a uma nova perda, mas ajuda na resistência pois agrega experiência e traz amadurecimento emocional. Uma maneira de lidar melhor com a morte seria tirá-la desse local obscuro onde ninguém toca no assunto.

#### 4.5 Os bebês subsequentes à perda gestacional

Por todo o exposto, é nítido que o luto e a perda gestacionais são processos extremamente delicados e complexos, o impacto causado afeta não só a vida da mulher como seus laços, que podem se estreitar ou se quebrar. Solidão, choque, dor, desamparo, tudo reflete na maneira que a mulher se porta daquele momento em diante.

A perda de um filho deixa marcas irreparáveis na vida de uma mulher, independentemente da existência de um filho subsequente, pois o luto dos pais é considerado algo crônico. Apesar da dor se dissolver com o tempo, a sensação de algo faltando continua ali (CASTRO, 2006).

Algumas vezes a mulher se depara com uma nova gravidez pouco tempo após a perda gestacional ou neonatal. Nesses casos, segundo Bowlby e Dutra (1998), há a possibilidade de risco entre a relação entre a mãe e o novo bebê, pois é bem provável que a mesma ainda não tenha elaborado seu processo de luto.

Assim, o autor defende que os pais vivam essa perda verdadeiramente por um ano ou mais, diminuindo assim o risco de ocorrer gravidez substitutiva ou uma criança substitutiva de fato.

O filho substituto é aquele gerado ou adotado para que os pais consigam ultrapassar essa fase de perda de um filho. Uma relação de substituição pode prejudicar o novo bebê, pois além dos ideais perfeitos projetados nele, existe também a projeção do filho perdido e uma ligação pautada no bebê antecessor.

Vidal (2010) em seu estudo por meio de entrevistas, identificou a maneira narcísica que a mãe se comportava face aos filhos subsequentes, como se estes não fossem uma pessoa individual, e sim uma extensão das mesmas. Visualizou também a presença de uma vigilância constante nesse filho substituto, por um medo quase irreal de que assim como o passado, esse também poderia morrer, principalmente quando chegavam perto da idade do filho anterior.

Esse sentimento poderia até mesmo evoluir para uma espécie de psicose, uma vez que o filho substituto pode vir a funcionar como uma máscara para a perda, que pode até mesmo criar uma ligação ilusória com o mesmo, baseada na idealização sobre a criança morta, pois esse segundo nasceu antes que a família conseguisse passar pelo processo do luto.

Nesse sentido, nota-se a importância de se dar um tempo para conseguir processar de maneira efetiva o luto, conforme Bowlby ditou, para evitar assim uma relação de toxicidade com seu filho subsequente e até mesmo preservar a memória do filho morto, não o confundindo com o filho real que está em seus braços.

Em sua dissertação de mestrado, Silva (2012) entrevistou quatro mulheres e perguntou sobre suas relações com os filhos subsequentes. Um dos pontos em comum achados pela autora foi a existência do luto adiado e a dificuldade de diferenciar os filhos.

Algumas mulheres se sentem divididas entre a alegria e o medo de estar vivendo o processo de gestação novamente. Feliz, pois de fato era algo que desejavam e agora podem viver tudo que fantasiavam, e medo de passar novamente por uma perda gestacional ou parir um natimorto. Além disso, também há o medo de amar o filho novo e esquecer do morto.

A perda anterior influencia diretamente na nova gestação, ao passo que certas mulheres se permitem viver a gravidez nova de maneira ampla, outras limitam suas expectativas por receio (LIMA e FORTIM, 2015).

Essa influência também pode vir a gerar riscos na identidade das crianças conforme elas crescem, três das quatro entrevistadas trocaram o nome dos filhos (do vivo pelo do morto) diversas vezes e uma delas apresentava dificuldade de criar um vínculo com o novo bebê (SILVA, 2012).

No tocante ao comportamento, foi identificado superproteção, excesso de preocupação, negligência e o sentimento de que deveriam oferecer mais carinho e atenção como forma de compensar tudo. Do outro lado temos as possíveis consequências para o filho substituto: inibições intelectuais, imaturidade, dependência emocional causada pela superproteção, síndrome de apego, ansiedade de separação, depressão por não reconhecer sua identidade e uma comparação excessiva com o irmão que já não vive (ETCHEGOYEN, 1997).

Por essa razão, a melhor opção é tratar todas as feridas emocionais e psicológicas causadas pelo luto antes de dar esse novo passo. Mesmo que o luto parental seja uma fase complicada, percebe-se por meio dos estudos que optar pela substituição de um filho não é o melhor caminho a se seguir, uma vez que pode acarretar traumas tanto para o novo filho quanto para os pais.

#### **4.6 A atuação da Psicologia processo do luto**

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), há uma recomendação de que se ofereça assistência puerperal de rotina durante a gestação e no período após o nascimento, uma vez que se faz importante assistir a mãe e o bebê para que tudo ocorra bem e que haja uma identificação prévia nos casos de depressão pós parto.

Acontece que, nem todas as mulheres são agraciadas com essa possibilidade. Sabemos que na realidade capitalista em que vivemos, nem todos possuem as mesmas condições e que o Sistema Público de Saúde anda sobrecarregado – principalmente durante o último ano com a pandemia –, assim, nem todas as mulheres conseguem fazer o retorno da consulta.

Paris, Montigny e Pelloso (2021) trazem dados informando que se no acompanhamento gestacional e no pós-parto temos poucos estudos e acompanhamento, e no caso de mulheres que sofrem perdas gestacionais há um déficit ainda maior.

Anualmente, no mundo, mais de 2,6 milhões de gestações finalizam em natimortos, com variações de 25 por 1.000 nascimentos para os países subdesenvolvidos; de 14,9 por 1.000 nascimentos para os países em processo gradativo de diminuição desses óbitos, como o Brasil (PARIS, MONTIGNY E PELLOSO, 2021, p. 2).

Para as famílias, essa perda ainda no início do ciclo da vida é algo antinatural, que traz dor, tristeza e sofrimento. Como exposto no corpo do trabalho, é nítido que o caminho durante o processo do luto de é longo e complexo. A morte fetal pode resultar em abalos psicológicos principalmente para a mãe, que pode acabar desenvolvendo problemas como depressão, estresse pós-traumático, ansiedade, culpa excessiva e crises de raiva, e é para essas pessoas que o papel do profissional formado em psicologia é fundamental no processo do luto.

No tocante à natimortos e ainda na maternidade, é papel do psicólogo prestar auxílio junto com os demais profissionais para que a mulher e sua família consigam digerir e lidar melhor com essa situação. Deve ser também ele o responsável por facilitar o contato entre a mãe e o corpo do bebê, caso seja de vontade dela, para que eles ao verem-no sem vida, não alimentem qualquer tipo de ilusão com o mesmo.

Tudo se torna ainda mais difícil quando não se tem fisicamente nenhuma lembrança de quem se foi. O bebê não interagiu com o mundo exterior, não existem fotos dele ou objetos para fazer sua memória presente, é tudo no imaginário da mãe e da família que estava se adaptando à ideia de receber um novo membro.

Assim, caso haja um psicólogo hospitalar presente no centro obstétrico após um parto traumático, é ele quem vai encaminhar a mulher para um acompanhamento psicoterapêutico de intervenção, para que ela consiga lidar com a perda simbólica (SANTOS, 2005).

Apesar do luto ser um sentimento doloroso e muito estressante, grande parte das pessoas conseguem passar pelo processo sem recorrer à uma ajuda profissional (BOELEN, BOUT E HOUT, 2003). Entretanto, para os casos onde a ajuda psicoterapêutica é necessária, nota-se que ainda não há tantos estudos acerca do tema perda gestacional.

Dessa maneira, o profissional pode vir a utilizar os métodos relativos ao luto de maneira geral, sem a especificidade de ser uma perda gestacional. Em relação a isso, Worden (1983) desenvolveu objetivos para o profissional se pautar face ao luto.

O primeiro objetivo do terapeuta é ajudar o enlutado a lidar com a perda e com o mix de sentimentos ao mesmo tempo que se tenta fazê-lo entender que a morte é um fato concreto e imutável. No segundo o sobrevivente precisa aprender a distinguir o que sente – raiva, frustração, culpa etc – e expressá-lo da melhor maneira. No terceiro o objetivo é tentar uma adaptação, para que não estagne na vida. No quarto temos o incentivo à criação de novas relações, para que o mesmo não se isole, pois, uma rede de apoio é muito importante. No quinto dá-se espaço para o sobrevivente passar pelo luto por meio de várias tarefas. No sexto voltamos a distinção, só que dessa vez é de comportamentos, aqui o objetivo, segundo o autor, é fazer com que o terapeuta consiga enxergar se é um luto natural ou patológico. No sétimo o terapeuta deve se atentar as particularidades do processo de luto do seu paciente, ver o que o diferencia de outros. O oitavo é sobre apoio. No nono tenta-se identificar as defesas do enlutado e a forma como ele está lidando com seus sentimentos. O último consiste em uma análise final para identificar se há necessidade de encaminhar o paciente para outro tipo de intervenção (WORDEN, 1983).

Acerca disso, Ramos (2016, p. 13-14) disserta que:

De uma forma geral, a intervenção no luto assenta em determinadas linhas orientadoras. A primeira, e provavelmente a mais relevante para o desenrolar do processo, é o estabelecimento de uma relação segura com o enlutado, favorecendo a abertura da experiência de luto e, mais especificamente, a partilha de sentimentos. Seguidamente, pretende-se explorar as circunstâncias da perda e o impacto que esta teve no sujeito, bem como o tipo de relação estabelecida com o morto

Durante o atendimento, o papel do psicólogo deve ser acolher a mulher e a família, deixando que eles percebam que o espaço de comunicação entre profissional e paciente é aberto para que eles falem sobre seus sentimentos, sejam eles medo, preocupação, angústia, culpa, entre outros. O profissional deve, assim como com outros pacientes, ouvir de maneira atenta e ajudá-la a buscar respostas dentro de si para seus questionamentos, de modo que haja uma espécie de alívio de seu sofrimento, mesmo que seja “somente” o falar sobre a dor.

Destarte, o profissional da saúde mental nos casos de luto deve ajudar os sobreviventes no processo de aceitação, para que passem por todas as fases possíveis do luto e consigam seguir em frente. No tocante às mulheres que perderam seus filhos, pede-se por uma assistência mais humanizada e adequada, até mesmo especializada, se possível.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos observar desde o início como a gravidez traz uma série de mudanças para o corpo e a mente da mulher, assim, nota-se que a maternidade por si só já é uma fase muito complicada na vida da mesma.

Com filhos biológicos, é na gestação que a ligação entre a mãe-bebê tem início, com toda a troca que ocorre pelo cordão umbilical de maneira interna, e externamente podemos citar como todo o planejamento familiar muda para que a nova vida se encaixe na da mãe e dos outros membros.

Dessa forma, quando se perde o filho se perde todo um conjunto, um sonho e um ideal. A morte abrupta de um ser que ainda nem teve a chance de viver, causa impactos inimagináveis na psiquê da mãe.

Sendo o luto uma das emoções mais debilitantes que alguém pode sentir, vemos que, para uma mãe, o nível de dificuldade parece ser ainda mais intenso. Passar pelo processo de luto e todas as suas nuances – dor, raiva, choque, torpor, tristeza – leva tempo e é doloroso, pois a mulher (em tese) se preparou para maternar desde o momento em que descobriu a gravidez. Assim, resta claro ao longo do trabalho a maneira que algumas mulheres se sentem afetadas para sempre.

Entender como essa perda impacta na vida das mulheres abre os olhos para a ideia do que é ser mãe e de quando a maternidade começa e também traz vários questionamentos: são consideradas mães apenas as que possuem seus filhos entre elas? Se ignora toda a gestação – independentemente da quantidade de semanas – de uma mulher para desclassificá-la dessa posição social uma vez que seu filho não viveu?

No corpo do trabalho e nas entrevistas lidas, percebe-se que apesar das mulheres que sofrem perda gestacional se considerarem mães, a sociedade possui um certo estigma acerca do luto dessas mulheres uma vez que seus fetos não interagiram com o mundo exterior verdadeiramente.

O sentimento angustiante e indescritível de dor é muita das vezes menosprezado, uma vez que não há uma validação social sobre esse luto. Não são consideradas mães, não tem seu direito ao luto resguardado e algumas ainda precisam ouvir que ainda são jovens o suficiente para terem outro filho.

Há uma necessidade e até mesmo urgência de tornar essa pauta mais discutida e, infelizmente, familiares e até mesmo profissionais da saúde muitas vezes não possuem tato para lidar com mulheres nessa situação de vulnerabilidade.

A melhor maneira de ajudar as mulheres a vivenciarem esse processo é encorajar a comunicação das mesmas, seja entre si ou por meio de redes de apoio virtuais ou presencias. Além disso, faz-se necessário quebrar o estigma sobre a morte para que esta seja tratada com mais naturalidade e que as pessoas consigam, na medida do possível, tentar se preparar para as perdas que ocorrem durante a vida, naturais ou abruptas.

A intervenção psicoterapêutica para essas mães também deve ser incentivada por meio da criação de políticas públicas que insiram e fiscalizem a quantidade de profissionais da saúde mental presentes em uma maternidade. A Organização Mundial de Saúde recomenda o acompanhamento profissional e a política do Sistema Único de Saúde diz que é necessária a presença de um psicólogo hospitalar. Acontece que, com a ausência de fiscalização, muitas das vezes os hospitais e maternidades acabam sem um profissional durante o tempo necessário.

Mostra-se interessante também o acompanhamento psicológico durante o pré-natal, assim como uma melhor capacitação dos demais profissionais de saúde – médicos, técnicos, enfermeiros – para que a mulher se sinta acolhida em meio a um ambiente de confiança com um atendimento empático.

Grande parte das mulheres se incomodam e se entristecem ao precisar dividir seu espaço (quando hospitalizadas após a perda) com outras mães que carregam seus bebês. Dessa maneira, uma nova configuração da maternidade também seria de grande ajuda, mudando as mulheres que passaram pela perda gestacional para áreas distantes das outras para evitar desgaste emocional e psicológico e situações dolorosas como quando perguntam pelo bebê.

Após a perda gestacional as mulheres ficam fragilizadas física e emocionalmente e, por isso, precisam de uma rede de apoio capaz de acolher e dar suporte e ajudar a lidar com o turbilhão de sentimentos advindos desse processo.

Sendo assim, ficou evidente a importância de uma rede de apoio para mulheres que passam por essa vivência, principalmente dos familiares. Saber que não estão sozinhas é essencial, principalmente nos casos em que se precisa de ajuda para lidar com os rituais pós morte, como o enterro.

Resta claro que a perda gestacional é bastante complexa, gerando repercussão nas mais diversas áreas da vida da mulher, principalmente nas relações familiares e identitárias, uma vez que afeta diretamente a autoestima desta, conforme explicitado por Freud (1917/2010). Portanto, para evitar que esse fato prejudique uma possível nova gestação, recomenda-se acompanhamento psicoterapêutico.

Por fim, também se sugere a essas mulheres que, caso sintam-se preparadas, falem sobre suas histórias para que a sociedade pare de encarar essas perdas como se fossem casos isolados, para que os lutos gerados por perdas gestacionais não mais sejam silenciados e para que os estudiosos façam mais trabalhos acerca do tema nacionalmente, afim que possamos ter uma melhor e maior visão sobre o luto materno.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE Débora Damacena de; SILVA, Flávia Maria Soares Pereira da; ROURE, Susie Amâncio Gonçalves de. **Dor Psíquica e Luto Materno Diante da Perda Gestacional**. Psicologia em Ênfase. V. 1, n. 2, p. 142-161. 2020.
- BOWLBY, John. **Apego e perda: Tristeza e depressão**. São Paulo: Martins Fontes, 1973/1980
- BOWLBY, John; DUTRA, Valtensir. Apego e perda-perda: tristeza e depressão. In: **Apego e perda-Perda: tristeza e depressão**. 1998. p. xix, 486-xix, 486.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Livros técnicos e científicos editora, 1981.
- BADINTER, E. (1985). **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- BARBOSA, A. & NETO, I. Processo de luto. In Barbosa, A. **Manual de cuidados paliativos** (pp. 487-532). 2010. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- BARBOSA, Patrícia Zulato; ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. **Maternidade: novas possibilidades, antigas visões**. Psic. Clin., Rio de Janeiro, v. 19, n. 1. p. 163-185, 2007 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/X3dyWtRFFFfy8wnyZMgzgYd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29. Set. 2021.
- BOELEN, P.; Bout, J. & Hout, M. **The Role of Cognitive Variables in Psychological Functioning After the Death of a First Degree Relative**. Behaviour Research and Therapy, 41, pp: 1123-1136z.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2a ed., Série A. Normas e Manuais técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde
- BRAZELTON, TB & CRAMER, BG. **As Primeiras Relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- CASTRO, L. P. **Morte prematura de um filho: reflexões acerca dos fatores de promoção de resiliência das famílias enlutadas**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização (Especialização em Psicologia), Instituto de Psicologia, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2006.
- COLMAN, L. & COLMAN, A. **Gravidez – A experiência psicológica**. Lisboa: Colibri. 1994.
- CORREIA, Maria de Jesus. **Sobre a maternidade**. Análise psicológica. v. 16. n. 3. p. 365-371, 1998.

CUNHA, Ana Cristina Barros da; LEMOS, Luana Freitas Simões. **Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional.** PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO. 2015. 35(4), 1120-1138. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdydgBr4rBQJthMgXSf3q5n/?lang=pt>. Acesso em 20. Out. 2021.

CURI, P. L. **Da Curetagem aos Restos Psíquicos.** Cadernos de Psicanálise, 2016. 32(1). 52-59. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf>. Acesso em: 20. Out. 2021

DUARTE, C. A. M. & TURATO, E. R. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 14(3), 485-490. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/HWWJNxHsh98RZZ6HpxtJ5mc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20. Out. 2021.

ETCHEGOYEN, A. **Inhibition of mourninh and the replacement child syndrome.** Em: J. Raphael-Leff & R.J.Perelberg (Eds.) *Female Experience*. P. 195-215. London: Routledge, 1997.

FREIRE, Teresa Cristina Guedes e Pula. **Transparência psíquica em nova gestação após o natimorto.** Universidade de Brasília. Brasília, 2012. Dissertação (Pós Graduação). 115 f. Orientadora: Daniela Scheinkman Chatelard

FREITAS: Joannelise Lucas de; Michel, Luís Henrique Fuck. **A Maior Dor do Mundo: O Luto Materno em uma Perspectiva Fenomenológica.** Psicologia em Estudo. 2014. 19(2), 273-283. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/kVYCVNL5nFcJmXDKw6rrcqj/?lang=pt>. Acesso em: 20. Out. 2021.

FREITAS, Joanneliese de Lucas. **Luto e Fenomenologia: Uma Proposta Compreensiva.** Revista da Abordagem Gestáltica: Estudos Fenomenológicos. Goiânia, vol. XIX. n. 1, p. 97-105 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357735557010>. Acesso em: 20. Out. 2021.

FREUD, Sigmund. Compêndio de Psicanálise. (1938-2018). **Obras Completas de Sigmund Freud: Moisés e o Monoteísmo, Compêndio de Psicanálise e Outros Textos (1937-1939).** Volume 19, São Paulo: Companhia das Letras. 189-273.

FREUD, Sigmund. **Luto e Melancolia.** Em> Obras completas de Sigmund Freud, vol. XII. São Paulo: Companhia das Letras. 2010. (Original publicado em 1917).

GIL, Antonio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002

GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH Maria Yolanda. **Maternidade e Formas de Maternagem.** Revista Pensando Família. v. 18 (1). p. 55-62, 2014.

HAGMAN, G. Mourning: a review and a reconsideration. **Journal of PsychoAnal**, 1996. 76; pp: 909-925.

IACONELLI, V. Luto Insólito, Desmentido e Trauma: Clínica Psicanalítica com Mães de Bebês. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia**, 2007.

KOURI, M. G. P. (2010, abril). **Ser Discreto: Um estudo sobre o processo de luto no Brasil urbano no final do século XX**. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção – RBSE*, 9(5).

KOVÁCS, M. J. (1992). Morte, separação, perdas e o processo de luto. In: Kovács, M. J. (Org.), *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 149-164). São Paulo: Casa do Psicólogo, 3a ed.

KUBLER-Ross, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 8ª Ed, Martins Fontes. São Paulo, 1998.

LANGER, M. **Maternidade e sexo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986

LIMA, S. & FORTIM, L. A Escrita Como Recurso Terapêutico no Luto Materno de Natimortos. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 18(4), 771-788. Doi: 10.1590/1415-4714.2015v18n4p771.12

LOPES, Rcs.; DONELLI TMS, LIMA, Cm & PICCINNI CA: **O Antes e Depois: Expectativas e Experiências de Mães Sobre o Parto**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 18, nº 2, 2005, pp. 247-254.

MELO, Ana Rita de Paulo Proença. **O processo de luto: o inevitável percurso face a inevitabilidade da morte**. 2004. Disponível em: <https://www.integra.pt/textos/luto.pdf>. Acesso em: 8. Out. 2021.

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de; ARAÚJO, Maria de Fátima. **A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos**. *Psicologia Ciência e Profissão*. v. 24 (1), p. 44-55, 2004.

NAZARÉ, B.; Fonseca, A.; Pedrosa, A. A. & Canavarro, M. C. **Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional**. *Perita – Revista Portuguesa de Psicologia*, 2010, (3), 37-46.

PARIS, Gisele Ferreira; MONTIGNY, Francine de; PELLOSO, Sandra Marisa. **Prática profissional no cuidado ao luto materno diante do óbito fetal em dois países**. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;74(3):e20200253. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0253>. Acesso em: 20. Out. 2021.

PARKES, C. M. **Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta**. 3ª edição. São Paulo: Summus. 1998. 296 páginas.

POLI, M. C. O Psicanalista como Crítico Cultural: O Campo da Linguagem e a Função do Silêncio. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. 8(2), 365-378.

RAMOS, Vera Alexandre Barbosa. **O Processo do Luto**. Psicologia.pt- O Portal dos Psicólogos, 2016. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf>. ISSN 1646-6977. Acesso em: 20. Out. 2021.

ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. **Variações sobre um antigo tema: a maternidade para as mulheres**. Família e casal: efeitos da contemporaneidade. Rio de Janeiro: PUC, p. 122-137, 2005.

SANDERS, C. M. **Grief: The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement**. 2<sup>nd</sup> edition. New York: Wiley. 1998. 336 páginas.

SANTOS, Larissa Oliveira dos. **Para sempre mãe: proteção jurídica ao luto materno**. Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2018. Dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea). 105 páginas.

SANTOS, Maria Estela Escanhoela Amaral. **Os efeitos do luto materno na relação mãe-bebê**. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). 78 páginas. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-09102012-111716/publico/escanhoela\\_corrigida\\_me.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-09102012-111716/publico/escanhoela_corrigida_me.pdf). Acesso em: 20. Out. 2021.

SCAVONE, Lucila. **Maternidade: Transformações na família e nas relações de gênero**. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, v. 5(8). p. 47-60, 2001.

SILVA, Maria Cecília dos Santos Queiroz da. **A atuação do psicólogo hospitalar no centro obstétrico**. Faculdade de Ciências e Saúde do Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2005. Dissertação (Graduação em Psicologia). Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/185254653.pdf>. Acesso em: 25. Out. 2021.

SILVA, Priscila Nassif da Silva. **Maternidade e relação mãe-bebê no contexto do luto materno**. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. São Leopoldo, 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Orientadora: Professora Doutora Tagma Marina Schneider.

SIONEK, Luiza. **O Luto na Perda Gestacional: Um olhar fenomenológico**. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Orientadora: Professora Doutora Joannelise de Lucas Freitas.

SOUBIEX, M. J. **Le Deuil Après Une Mort Prénatale: Le Deuil Périnatal, un impensable à penser**. *Le Carnet PSY*, 185, 22-24. Doi: 10.3917/lcp.185.0022. 2014.

SZEJER, M. & STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997.

TORLONI, M. R. Óbito Fetal. In: Bortoletti, F. F. **Psicologia na Prática Obstétrica: Abordagem Interdisciplinar**. São Paulo: Manole, 2007, 297-299.

VALENTE, Thaysa Zubek. **A perda simbólica e a perda real: o luto materno**. Salão de extensão e cultura, 2008.

WALSH, F & MCGOLDRICK, M. **Morte na Família:** Sobrevivendo às perdas. 1º edição. Artmed: Porto Alegre. 1998. 315 páginas.

WINNICOTT, C; SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Org). **Explorações Psicanalíticas: D.W.Winnicott.** Porto Alegre: Artmed,1994.

WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WORDEN, J. W. **Grief Counselling & Grief Therapy:** A Handbook for the Mental Health Practitioner. 5<sup>nd</sup> edition. London and New York: Springer Publishing Company. 2018. 309 páginas.