

**Mary Costa da Silva**

**Crianças arco-íris:  
A experiência de maternidade após perda gestacional/neonatal**

**Uberlândia**

**2020**

**Mary Costa da Silva**

**Crianças arco-íris:**

**A experiência de maternidade após perda gestacional/neonatal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Miriam Tachibana

**Uberlândia**

**2020**

**Mary Costa da Silva**

**Crianças arco-íris:**

**A experiência de maternidade após perda gestacional ou neonatal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Miriam Tachibana

Banca Examinadora

Uberlândia, 08 de Dezembro de 2020

---

Profa. Dra. Miriam Tachibana

Universidade Federal de Uberlândia – MG

---

Profa. Dra. Maria José Ribeiro

Universidade Federal de Uberlândia – MG

---

Me. Cláudia Aparecida Marchetti Duarte

Prefeitura Municipal de Valinhos - SP

**Uberlândia**

**2020**

*Dedico este trabalho especialmente à minha mãe e a todas as outras mulheres que trilham os caminhos da maternidade, mas que em algum momento sofreram a dor da perda e a angústia de um colo vazio.*

## **Agradecimentos**

Deixo um agradecimento especial à minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Miriam Tachibana (Mirita), por ter aceitado caminhar comigo na construção desse trabalho, por estar sempre disposta a compartilhar seu vasto conhecimento e por todas as contribuições e trocas tão valiosas ao longo dessa caminhada.

Agradeço imensamente a minha mãe, primeiramente pelo afeto tão singular que só os seus cuidados proporcionam e, para além disso, por todos os esforços que me permitiram sonhar e nos fizeram chegar até aqui. Sim, nós, pois sem ela nada disso seria possível. Minha gratidão à minha irmã Michele pelo companheirismo, pelo olhar sensível, pela cumplicidade e apoio desde sempre. Ao meu namorado Lucas, sou grata por esse amor tranquilo, por tanto cuidado, compreensão e incentivo, não só nos anos de graduação, mas em todo esse tempo juntos.

O meu muitíssimo obrigada aos meus amigos, em especial Brunna, Laura e Marcelo, que fizeram dessa jornada uma experiência tão mais leve. Agradeço pela amizade, por tantos momentos que compartilhamos e por se fazerem minha família nesses anos.

Às participantes da pesquisa que possibilitaram esse trabalho, minha imensurável gratidão por se disporem a compartilhar comigo suas vivências tão delicadas, bem como as angústias e alegrias que a maternidade lhes proporciona.

Agradeço ainda à Universidade Federal de Uberlândia, todo o corpo docente e técnico pela dedicação e por tudo o que aprendi ao longo desses cinco anos, dentro e fora das salas de aula.

Por fim, deixo os meus sinceros agradecimentos a todas aquelas pessoas que, de maneira direta ou indireta, foram e estão sendo essenciais no meu processo de formação profissional até o momento. Obrigada por tudo e por tanto.

***Somewhere over the rainbow***

*(Israel Kamakawiwo'ole)*

*Somewhere over the rainbow, way up high  
There's a land that I heard of once in a lullaby  
Oh, somewhere over the rainbow skies are blue  
Clouds high over the rainbow, makes all your dreams come true, ooh  
Someday I'll wish upon a star  
Wake up where the clouds are far behind me  
Where trouble melts like lemon drops  
High above the chimney top  
That's where you'll find me, oh  
Somewhere over the rainbow, blue birds fly  
Birds fly over the rainbow  
Why, oh why can't I? I  
I see trees of green and red roses too  
I'll watch them bloom just for me and you  
And I think to myself  
Oh, what a wonderful world  
I see skies of blue, clouds of white  
The brightness of day, the dark, say goodnight  
And I think to myself  
Oh, what a wonderful world  
The colors of the rainbow so pretty in the sky  
Are also on the faces of people passing by  
I see friends shakin' hands saying, "How's it? How you?"  
They're really saying, "I love you"  
I hear babies cry and I watch them grow  
They'll learn much more than we'll know  
And I think to myself  
Oh, what a wonderful world  
I think to myself, yes  
What a wonderful world  
I think to myself, yeah  
What a wonderful world*

## **Resumo**

A perda gestacional/neonatal pode originar sofrimento significativo para a mulher que, caso venha a engravidar novamente, pode ser influenciada na relação estabelecida com o novo filho (o bebê arco-íris), em função da perda experienciada previamente. Assim, o presente trabalho buscou investigar a experiência emocional de mães que, após terem experienciado uma perda gestacional/neonatal, tiveram uma criança “arco-íris”. Participaram quatro mulheres que tinham crianças de até três anos de idade, advindas de gestações subsequentes a uma perda gestacional/neonatal. Tais mulheres foram entrevistadas individualmente, sendo que as entrevistas foram mediadas pela apresentação de uma narrativa interativa como recurso mediador. Após cada entrevista, a pesquisadora que as realizou redigiu uma narrativa psicanalítica. O conjunto das narrativas psicanalíticas e dos desfechos das narrativas interativas foi analisado psicanaliticamente, sendo organizado a partir da Teoria dos Campos. Foram identificados três campos por meio dos quais foi possível observar que as participantes apresentavam manifestações particulares frente à dor do luto, embora todas elas se culpabilizassem, seja por se sentirem responsáveis pela perda, seja por terem seguido adiante com novas gestações. Ainda, em relação ao cuidado materno com os filhos arco-íris, notou-se que as participantes oscilavam entre uma postura de superproteção e de afastamento, estando muito atravessadas pelos sentimentos quanto ao bebê perdido. Espera-se contribuir, a partir desse estudo, para que os profissionais da área de saúde tenham melhores condições de intervir junto a esse grupo social, que na maioria das vezes só é foco de atenção (quando o é) durante a gestação/puerpério subsequentes à perda gestacional/neonatal.

Palavras-chaves: maternidade; perda neonatal; perda gestacional; bebê arco-íris.

## **Abstract**

The gestational/neonatal loss can cause significant suffering to the woman. If she becomes pregnant again, she may be influenced in the relationship with the new child (the rainbow baby), due to the loss previously experienced. Thus, the present work aimed to investigate the emotional experience of mothers who, after having experienced a gestational/neonatal loss, had a “rainbow” child. Four women participated, who had children up to three years old, derived from pregnancies after a pregnancy/neonatal loss. Those women were individually interviewed, and the interviews were mediated by the presentation of an interactive narrative as a mediating resource. After each interview, the researcher wrote a psychoanalytic narrative. The set of psychoanalytic narratives and the outcomes of interactive narratives were analyzed psychoanalytically, being organized through the Theory of Fields. Three fields were identified through which it was possible to observe that the participants had particular manifestations in the face of the pain of grief, although all of them blamed themselves, either for feeling responsible for the loss, or for having moved on with new pregnancies. Still, in relation to the maternal care of the rainbow children, it was noted that the participants oscillated between a posture of overprotection and withdrawal, being crossed by the feelings about the lost baby. It is expected to contribute to the health professionals so that they become better able to work with this social group, which in most cases is only the focus of attention (when it is) during the subsequent pregnancy or puerperium gestational.

Keywords: maternity; neonatal loss; pregnancy loss; rainbow baby.

## Sumário

<b>1. Introdução</b> .....	<b>3</b>
1.1 - A maternidade e o período gestacional .....	3
1.2 - A maternidade que não acontece.....	4
1.3 - A maternidade após perda gestacional/neonatal .....	5
<b>2. Método</b> .....	<b>7</b>
2.1 - Participantes .....	7
2.2 - Procedimento de coleta de dados .....	8
2.3 - Procedimento de análise de dados .....	10
<b>3. Resultados e Discussão</b> .....	<b>10</b>
3.1 - Campo 1: A tempestade que antecede .....	11
3.2 - Campo 2: Ao final do arco-íris, um pote de ouro e culpa.....	18
3.3 - Campo 3: A sombra do arco-íris .....	24
<b>4. Considerações Finais</b> .....	<b>33</b>
<b>5. Referências Bibliográficas</b> .....	<b>34</b>



## **1. Introdução**

### **1.1 – A maternidade e o período gestacional**

Embora a maternidade comece biologicamente a partir da concepção, para alguns autores, tal como para Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer e Lopes (2009), seria possível afirmar que, do ponto de vista psíquico, ela acontece muito antes, uma vez que algumas mulheres já nutrem afetos e expectativas em relação à maternagem, mesmo antes de se verem grávidas. Antes mesmo de tornar-se mãe, algumas mulheres, sujeitas àquilo que o imaginário social constrói acerca da maternidade, bem como às influências daquilo que foi internalizado em suas vivências anteriores (seja na relação estabelecida com sua própria mãe ou com mães de seu círculo social), já ficariam se imaginando enquanto mãe.

Mas se, por um lado, aquilo o que ocorre antes da concepção já influencia na constituição da mulher enquanto mãe, não se pode negar que, uma vez que a gestação torna-se uma realidade, a mulher é convocada maximamente a identificar-se com o lugar de mãe, bem como a inscrever o bebê em seu psiquismo (Piccinini et al., 2009). De acordo com o estudo de Fernandes et al. (2012), em que gestantes foram entrevistadas, observou-se como elas consideravam a gravidez como um momento de profundas e complexas modificações em suas vidas, sendo atravessadas por sentimentos positivos, assim como negativos. Segundo Fernandes et al. (2012), essa oscilação de sentimentos teria a ver com as próprias fases gestacionais, que cumpririam um fator de relevante influência nos sentimentos da mulher enquanto mãe. Assim, no primeiro trimestre, seria comum a mulher se sentir insegura de que o feto não estaria suficientemente “preso” no útero, sendo atravessada naturalmente por fantasias de aborto. No segundo trimestre, no entanto, dada a presença de movimentos fetais, a mulher já se sentiria mais segura emocionalmente, em função desse dado de realidade concreta que lhe “comprovaria” a existência do bebê. No terceiro trimestre, entretanto, com a proximidade do parto, seria comum a mulher voltar a ter fantasias quanto à sua capacidade de

maternar, sendo atravessada por fantasias de vir a ter um filho malformado ou morto (Fernandes et al., 2012).

Embora Fernandes et al. (2012) descrevam que naturalmente toda gestante é atravessada pelo temor de vir a ter uma complicação gestacional/puerperal, sabemos que, de fato, não raro ocorre de a mulher sofrer uma perda gestacional/neonatal<sup>1</sup>. O que ocorreria nesses casos em que os temores se concretizam deixando de corresponder ao imaginário social que ainda vê como uma função natural da mulher que ela se torne mãe?

## **1.2 - A maternidade que não acontece**

Como dito anteriormente, entende-se que, durante a gravidez, a mulher se investe em um processo de construção de representações sobre seu filho, que geralmente é atravessado por bastante idealização, seja do bebê, seja da relação materno-filial que será estabelecida (Sousa & Muza, 2011). Logo, quando é diagnosticado o óbito do bebê (seja durante a gravidez ou após o nascimento), toda esta construção representacional é interrompida e impedida de se concretizar.

Se pensarmos que o processo de luto se faz necessário toda vez que um vínculo relevante é rompido, como indicam Faria-Schülter et al. (2014), o luto perinatal mereceria uma atenção diferenciada, considerando as especificidades do vínculo rompido entre a mãe e o bebê que vinha sendo gestado. Seria possível falarmos de um vínculo primitivo, já que o bebê estaria sendo sonhado e a mulher estaria com ele se vinculando talvez mesmo antes de se descobrir grávida (Muza, Sousa, Arrais, & Iaconelli, 2013). Faria-Schülter et al. (2014), após realizarem entrevistas com cinco mulheres que haviam sofrido uma perda gestacional,

---

<sup>1</sup> É importante destacar que o Ministério da Saúde distingue os óbitos fetais dos abortos espontâneos utilizando como marcadores a idade gestacional, o peso ao nascer e a estatura do feto. No entanto, neste estudo, não utilizaremos a diferença de nomenclatura, entendendo que também não estamos dividindo as participantes com base nos aspectos temporais da perda ou características do bebê perdido. Falaremos então de aborto espontâneo e óbito fetal de maneira mais ampla, como perda gestacional. Também, neste estudo, falaremos de perda gestacional e neonatal enquanto equivalentes a perda de um bebê, novamente não nos prendendo à temporalidade do ocorrido (antes ou após o nascimento).

apontam que a esperada construção do forte vínculo afetivo entre o bebê e a mãe é sabotada e, no lugar da criança perdida, surgem representações peculiares no psiquismo da mãe, que precisa adaptar-se à realidade dolorosa em virtude da morte real do bebê.

Para além do mal-estar frente à perda do bebê, Fernandes et al. (2012) destacam que não raro a mulher pode vir a ser atravessada pelo sentimento de fracasso. Afinal, assim como a existência da interação mãe-bebê pode despertar a sensação de plenitude na gestante, isso pode também, no outro extremo, levá-la a experimentar sensações opostas a esta, como a de esvaziamento, caso ocorra a perda desse filho (Iaconelli, 2007). Ela experienciaria sentimentos de incompletude e de inferioridade, como destacam Lemos e Cunha (2015), tendo uma intensificação dos medos de vir a perder um bebê, em uma nova gestação, dado o “insucesso” da anterior (Fernandes et al., 2012).

### **1.3 - A maternidade após perda gestacional/neonatal**

Tem se atribuído o termo “bebê arco-íris” àquele bebê que nasce depois de seus pais terem vivenciado uma perda gestacional/neonatal, uma vez que ele simbolizaria um arco-íris, isto é, algo que vem após uma “tempestade”. Não é de conhecimento público o autor desta definição, porém, o termo tem se disseminado pelas redes sociais.<sup>2</sup>

Embora não saibamos muito sobre as origens do termo “bebê arco-íris”, vemos que a comunidade científica vem investigando como se dá a experiência de maternagem após uma perda gestacional/neonatal. Duarte e Turato (2009), que realizaram ampla revisão da literatura sobre perda fetal, notaram que, nos estudos realizados com mulheres grávidas que já haviam vivenciado perdas prévias, foi observado que se faz um duplo esforço para a manutenção do equilíbrio físico e psíquico da mulher.

Ainda, segundo Freire (2012), que realizou uma investigação junto a um grupo de mulheres grávidas, que já haviam sofrido perda gestacional, discorre que:

---

<sup>2</sup> Redes Sociais: Facebook ([www.facebook.com](http://www.facebook.com)); Instagram ([www.instagram.com](http://www.instagram.com)) e Twitter ([www.twitter.com](http://www.twitter.com)).

A história familiar gera expectativas na mãe e pode repercutir tanto positiva quanto negativamente (como nos casos de perdas) na maternidade. Os aspectos positivos envolvem a necessidade de que o bebê seja investido de desejos e fantasias por parte da mãe para existir como ser humano. As repercussões seriam negativas quando não há espaço para o novo bebê assumir sua própria identidade, isto é, quando a mãe não consegue aceitar a singularidade de seu novo filho e abandonar sua carga de projeções, não podendo investir, de forma livre, no bebê desde a gestação (Freire, 2012, p. 61).

Seria possível citarmos várias outras publicações dedicadas à vivência de mulheres, em relação a uma nova gravidez, após uma perda gestacional/neonatal. Há o estudo de Vidal (2010), que se deu a partir do acompanhamento de quatro mulheres, ao longo da gravidez e do puerpério, após elas terem sofrido uma perda perinatal. É também a pesquisa de Bailey et al. (2019), que buscou investigar como as 14 mulheres entrevistadas experimentavam o período inicial de uma nova gravidez, após elas terem sofrido recorrentes abortos espontâneos.

Vemos, assim, que a literatura especializada vem se debruçando sobre a experiência emocional da mulher, tanto no que diz respeito à perda gestacional/neonatal quanto à vivência de uma gravidez subsequente à perda do bebê, partindo da compreensão de que essa perda anterior pode deixar cicatrizes na mulher, que podem influenciar no seu investimento psíquico em uma nova gestação. Assim como Faria-Schülter et al. (2014) enfatizam a importância de as equipes de saúde obterem o conhecimento das vivências das mulheres em relação à perda gestacional/neonatal, para que os profissionais possam ofertar uma atenção que vá além das questões biomédicas, vemos que a comunidade científica tem, de modo crescente, reconhecido a importância de investigar a experiência emocional da mulher, em relação ao bebê arco-íris.

Apesar de termos, na atualidade, contribuições valiosas a esse respeito, notamos, em nosso levantamento bibliográfico, que os estudos têm se debruçado sobre a experiência da mulher enquanto ela se encontra gestante ou puérpera. Tratam-se, assim, de investigações que

versam sobre a experiência materna em períodos muito precisos, quando o bebê arco-íris ainda não foi efetivamente conhecido ou, então, quando ele está nas semanas iniciais de vida.

Para o psicanalista inglês Donald Winnicott, de fato o bebê que se encontra nos primórdios da vida demanda bastante atenção por parte daqueles que irão lhe fornecer a provisão ambiental. Como pontua Winnicott (1968/1994), uma pessoa começa bem a sua vida quando os recursos ambientais de que pode dispor são suficientemente bons, ou seja, cumprem minimamente as funções para o desenvolvimento do seu potencial inato. Não é à toa que Winnicott (1957/1994) ressaltava a importância de os profissionais da área de Obstetrícia constituírem um ambiente suficientemente bom para que as mães pudessem fazer o mesmo com seus bebês.

Entendemos, entretanto, ainda apoiadas na obra winnicottiana, que o bebê e a mãe demandam se sentir emocionalmente sustentados não apenas no puerpério, fazendo-se necessário um olhar atento sobre essa díade também ao longo dos primeiros anos de vida da criança. Assim, a partir da escassez de contribuições científicas voltadas à experiência de maternagem quando o bebê arco-íris já não é mais um bebê recém-nascido, objetivamos investigar a experiência emocional de mulheres, que sofreram uma perda gestacional/neonatal, e que atualmente são mães de crianças arco-íris de até três anos de idade.

## **2. Método**

### **2.1 - Participantes**

Foram participantes deste estudo quatro mulheres que sofreram perdas gestacionais ou neonatais e, posteriormente, tiveram uma ou mais gestações que foram levadas à termo. Duas das participantes haviam sofrido perda neonatal, enquanto outras duas foram acometidas quando ainda gestavam. Todas elas se encontravam em um vínculo conjugal estável com os

pais de seus filhos (tanto dos filhos perdidos quanto dos filhos arco-íris). Na tabela abaixo encontram-se outros dados relativos ao coletivo investigado:

**Tabela 1** – Dados gerais sobre as participantes da pesquisa

	<b>Aurora<sup>3</sup></b>	<b>Celeste</b>	<b>Luna</b>	<b>Iris</b>
<b>Idade da mãe</b>	37	39	43	25
<b>Quantidade de filhos vivos</b>	1	1	3	1
<b>Idade dos filhos vivos</b>	3	2	8; 4; 2	2
<b>Quantidade de perdas</b>	1	1	5	1
<b>Quantidade de tempo (anos) entre a primeira perda e a entrevista</b>	15	2	7	3
<b>Profissão/Ocupação</b>	Recepcionista	Auxiliar de correios	-	Maquiadora

## 2.2 - Procedimento de coleta de dados

Após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética de Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE: 20695719800005152), foram realizadas entrevistas individuais nos locais que as participantes escolheram. As entrevistas foram conduzidas de acordo com o método psicanalítico, o qual prioriza as técnicas da associação livre e da atenção flutuante. De acordo com Laplanche e Pontalis (2011, p.40), a regra da atenção flutuante consiste na maneira pela qual o analista deve escutar o analisando: “[...] não se deve privilegiar a priori qualquer elemento do discurso dele, o que implica que deixe funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspenda as motivações que dirigem habitualmente a atenção”. A associação livre, por sua vez, consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação), quer de forma espontânea (Laplanche & Pontalis, 2011).

<sup>3</sup> A fim de preservar o anonimato das participantes deste estudo, foram adotados nomes fictícios para cada uma delas. Como o tema pesquisado inclui o termo “bebê arco-íris”, os nomes escolhidos também fazem analogia a esses fenômenos no céu (Iris, Luna, Celeste e Aurora).

Assim, nas entrevistas desta pesquisa, não foi adotado um roteiro estruturado de perguntas, entendendo que, quanto mais livremente as participantes se expressassem, mais significativo seria aquilo o que elas trouxessem. No entanto, considerando que falar sobre perda gestacional/neonatal é, muitas vezes, algo emocionalmente difícil e que poderia despertar posturas defensivas nas participantes, consideramos necessária a adoção de um recurso mediador durante as entrevistas. A fim de facilitar a aproximação dialógica entre pesquisadora e participante, este estudo contou como recurso a narrativa interativa que consiste, segundo Granato, Corbett e Aiello-Vaisberg (2011), em uma breve história fictícia que propõe uma situação, associada ao que se quer investigar, para que seja completada imaginativamente pelos participantes, em direção a um desfecho. A narrativa interativa, especialmente elaborada para a realização dessa pesquisa, foi a seguinte:

*“Ainda sonolenta, Sol abriu os olhos. Deitada em sua cama e olhando fixamente para o teto, ficou se lembrando de alguns fragmentos do sonho que acabara de ter. Não se lembrava direito dele, mas sabia que, em seu sonho, estava grávida. Enquanto Sol ainda ensaiava levantar-se, pegou seu celular e, em uma de suas redes sociais, viu que uma conhecida acabara de anunciar uma gravidez descoberta há poucos dias. Lembrou-se então de sua gestação que não dera certo e ficou pensando no quanto aquela sua conhecida poderia estar, assim como ela, sendo equivocadamente feliz. Mergulhada nesses pensamentos tristonhos, de repente, Sol escuta um barulho, vindo do lado de fora do quarto. Será que seu filho tinha acordado? Em meio a essas lembranças tristes e o momento presente, ela...”*

Pensando na possibilidade de aproximar o conteúdo apresentado na narrativa com as vivências de cada participante, elas foram então convidadas a elaborar um desfecho para a história.

### **2.3 - Procedimento de análise de dados**

Pensando em facilitar o trabalho de análise, as entrevistas foram gravadas. Mas, a fim de valorizar as impressões contratransferenciais de quem conduziu as entrevistas, após cada encontro, diferentemente de uma transcrição literal das gravações, foi redigido um texto sobre aquilo que foi vivenciado com as participantes, a partir da escrita de uma narrativa psicanalítica (Granato & Aiello-Vaisberg, 2004). A importância da escrita da narrativa psicanalítica é a de que, segundo Tachibana (2011), ela permite retomar o encontro vivido e torná-lo alvo de reflexões teóricas, já que durante as entrevistas acabou sendo priorizado mais o acolhimento das participantes, e não as intelectualizações necessárias para um desenvolvimento clínico-teórico.

A partir disso, todas as narrativas psicanalíticas (produzidas pela pesquisadora que conduziu as entrevistas) e todos os desfechos das narrativas interativas (produzidos pelas participantes), foram reunidos para serem considerados interpretativamente. Para tanto, em trabalho conjunto das pesquisadoras, o material produzido foi analisado à luz da Teoria dos Campos, desenvolvida pelo psicanalista Fábio Herrmann. Esta teoria apresenta a noção de que o psiquismo humano é atravessado por vários campos relacionais, que definiriam a sua forma de representar a realidade e de, conseqüentemente agir sobre ela (Sanchez & Cardoso Júnior, 2006). Nesta pesquisa, foi usada a Teoria dos Campos (Herrmann, 2007) para identificar quais são os campos habitados pelas participantes do presente estudo, que possuem em comum a experiência de perda gestacional/neonatal, seguida de uma nova gestação. Em outras palavras, a identificação dos campos habitados pelas participantes permitiu identificar de que maneira o coletivo investigado experiencia emocionalmente a maternidade de uma criança arco-íris.

### **3. Resultados e Discussão**



A análise do material possibilitou a identificação de três campos inconscientemente habitados pelas participantes: “A tempestade que antecede”, “Ao final do arco-íris, um pote de ouro culpa” e “A sombra do arco-íris”.

### 3.1 - Campo 1: A tempestade que antecede

O primeiro campo abarca as manifestações das entrevistadas frente à dor da perda gestacional/neonatal, sendo que foi possível observarmos dois grupos distintos de manifestações entre as participantes: um grupo constituído de mulheres que buscaram silenciar-se frente à perda, assim como um outro grupo de mulheres que buscaram expressar maximamente a dor da perda. Para ilustrar o primeiro grupo, selecionamos o trecho da narrativa psicanalítica com a participante Aurora:

*Aurora, atualmente com 37 anos, me<sup>4</sup> conta que é mãe de um menino de três anos de idade. Me fala, entretanto, de uma gravidez anterior interrompida espontaneamente, quando ela tinha 23 anos de idade. A participante me explica que descobriu que estava grávida apenas na quarta semana de idade gestacional, o que lhe causou um choque, já que tinha pouco tempo de relacionamento com o pai da criança. Após duas semanas da descoberta, soube que se tratava de uma gravidez ectópica, que culminou num aborto espontâneo. Aurora me conta que, justamente porque tudo ocorreu muito rapidamente, não chegou a revelar aos familiares sobre o ocorrido: “Até hoje a minha família não sabe dessa situação que existiu uma gestação aos 23 anos. Só as minhas irmãs mais próximas e algumas amigas sabem”.*

*Aurora me fala que sua segunda gravidez tampouco foi planejada: “Mas eu estava em outro momento da minha vida, bem mais velha, em um relacionamento há mais tempo (com o mesmo parceiro da primeira gestação)”. Me chamou a atenção que, embora Aurora me dissesse que não sabia falar muito sobre sua experiência do aborto, pois tudo acontecera*

---

<sup>4</sup> Nos trechos das narrativas psicanalíticas, será adotada a primeira pessoa do singular, uma vez que foi apenas uma das pesquisadoras que conduziu as entrevistas e que, a partir destas, redigiu as narrativas psicanalíticas.

*muito rapidamente, narrou sobre ela com muita riqueza de detalhes, sendo capaz de citar o nome completo da médica que lhe atendera na primeira gestação, a despeito de, não conseguir se recordar do nome do obstetra que lhe acompanhara na segunda gravidez.*

*Ao final do encontro, Aurora fala: “É muito doído, né? Você saber que tem uma criança dentro de você e depois saber que já não tem mais. Porque ao mesmo tempo que você sente o desespero e não sabe como lidar, você também vai se acostumando com a ideia de ter alguém se desenvolvendo dentro de você, um serzinho. Aí depois não dá certo e vem uma certa frustração. Dá um certo desesperinho, né?”*

*Pude notar o quanto a participante de fato se frustrara em sua primeira gestação, quando, ao inventar o desfecho para a narrativa interativa, ela trouxe preocupação em relação ao bem-estar de seu filho arco íris. Aurora, colocando-se no lugar da personagem, diz que: “em meio a essas lembranças tristes e o momento presente, ela corre até o quarto e vê que está tudo bem com seu filho que realmente havia acordado. Ele apenas estava sonhando e isso a deixa muito aliviada”.*

É possível perceber que Aurora faz movimentos na tentativa de minimizar a dor pela perda sofrida, seja usando palavras no diminutivo (tais como “serzinho” e “desesperinho”), seja declarando não se lembrar direito do ocorrido (a despeito de apresentar uma narrativa bastante rica e detalhada). Pode-se pensar também que talvez Aurora tenha optado por não contar para sua família sobre sua primeira gestação numa tentativa de evitar o confronto com a dor da perda.

Em seu estudo, Aguiar e Zornig (2016) apresentam um fragmento clínico similar ao que vemos no caso de Aurora, em que uma mulher, após sofrer perda gestacional, solicita às pessoas de seu entorno para que ninguém tocasse no assunto e, juntos, todos simulassem que nada ocorreu. Esse pacto do silêncio, por meio do qual se fala somente o necessário ou não se fala absolutamente nada, seria uma tentativa de afastar o sofrimento, numa estratégia de auto-

preservação (Lemos & Cunha, 2015; Santos, 2015). Barbosa e Neto (2010) consideram, entretanto, que, nesses casos, o que ocorreria seria uma espécie de “luto inibido”, caracterizado pela incapacidade em lidar com a dor da perda, que resultaria numa aparente desafetação frente ao assunto. O silêncio, assim, só tornaria a elaboração da dor do luto mais penosa ainda (Aguiar & Zornig, 2016).

É possível pensarmos que o movimento de Aurora de afastar-se emocionalmente da perda gestacional tenha a ver não somente como uma estratégia individual de sobrevivência psíquica, mas, também, com um movimento ancorado numa sociedade que tem uma relação com a morte atravessada por evitação e negação. O luto de Aurora, nessa perspectiva, não seria apenas um luto silencioso, optado por ela para seguir a vida como se nada tivesse ocorrido, mas, também, um luto silenciado, influenciado por uma sociedade que espera que tudo volte ao normal o mais rapidamente possível (Aguiar, 2016). A incapacidade da sociedade de aguentar a dor de uma perda ficaria maximizada nos casos de perda gestacional/neonatal, em que o bebê ainda não havia sido apresentado para o mundo (Coelho Filho & Lima, 2017). Freire (2012), entretanto, argumenta que ter um filho morto no ventre, assim como vivenciar o trabalho de parto para dar à luz a um filho morto ou perdê-lo logo após o nascimento, equivaleria a um processo de luto altamente complexo.

Isso porque, nos casos de perda gestacional/neonatal, soma-se, ao luto frente à perda objetual, um outro trabalho de luto que já envolveria questões narcísicas<sup>5</sup>. Segundo Freire e Chatelard (2009), na gravidez, como o bebê ainda não é um objeto exterior à mulher, os sentimentos que a ele são direcionados são também atravessados por aspectos narcísicos, com

---

<sup>5</sup> O narcisismo é um estágio do desenvolvimento da libido, posterior ao autoerotismo, no qual ocorre a primeira escolha objetual, sendo o próprio Eu o objeto escolhido (Freud, 1914/1989). O narcisismo é a forma como um adulto trata seu corpo com os cuidados que usualmente seriam dedicados a um objeto externo. Posteriormente, a pessoa será capaz de escolher outros objetos, que não o seu EU (Freud, 1914/1989).

o bebê ainda não sendo diferenciado do Eu da mulher, sendo sentido, por ela, como se os dois fossem um só.

Vemos, assim, à luz do estudo de Aguiar e Zornig (2016), que a morte de um bebê, que parece ser tão invisível aos olhos da sociedade, se configuraria, num só tempo, numa perda objetual, mas, também, numa profunda ferida narcísica. Por causa dessas peculiaridades, segundo Aguiar (2016), a perda de um bebê pode ser vivida como uma amputação. Muza et al. (2013, p.37) vão ainda mais longe e apontam que, em algumas situações, pode inclusive haver a sobreposição de perdas, de modo que uma “criança morta é também uma mãe morta”. Em outras palavras, a mãe pode acabar se identificando tanto com o bebê perdido que não dá conta de dele se separar.

Em meio a esse cenário, observamos não apenas manifestações como a de Aurora, de negação do luto, como, também, manifestações opostas no sentido de evidenciarem publicamente essa dor. Essa questão fica evidente a seguir:

*Luna me conta que teve sua primeira gestação aos 33 anos de idade, a qual resultou no nascimento de sua primeira filha. A participante explica que foi uma gestação muito tranquila e que desejava ainda ter mais dois filhos. No entanto, devido às inúmeras complicações, acabou sofrendo duas perdas gestacionais antes de conseguir gestar seu atual filho do meio. Depois de investigar mais a fundo as possíveis causas de suas perdas gestacionais,, Luna decidiu tentar engravidar novamente. Após mais duas perdas, a participante deu a luz à sua atual filha caçula, realizando assim seu sonho de formar uma família composta por três filhos.*

*Enquanto Luna narrava detalhadamente sobre cada uma das suas perdas gestacionais, ela também comenta que gostava de divulgar sua história porque sabia o quanto é importante as mães saberem que podem e devem falar sobre as perdas de seus filhos, citando inclusive seus nomes. Conta que no Brasil, nos registros de óbito, costumam*

*não incluir o nome do filho perdido, colocando apenas “Natimorto de Fulana”, sendo que, quando o bebê pesa menos de 500g, o tratam apenas como “resto hospitalar”. Luna me diz que ela entende que é como se fosse um segundo enterro, um enterro para a sociedade, pois não aceitam o luto.*

*Luna diz que não chegou a fazer terapia, mas que muitas mães precisam fazer e que muitos profissionais não estão preparados para acolher esse tipo de luto da perda de um filho. A participante conta que gostaria que as pessoas parassem de dizer frases como: “Foi a vontade de Deus”; “Deus dá, Deus tira”; “Você é jovem, terá outro”; “Você já tem um filho”; “Foi no comecinho, nem pegou amor”. Ela diz que as pessoas deveriam acolher mais e validar a existência dessas crianças. Luna me fala que são muitas mães que querem falar sobre suas perdas, e são muitas vozes que são caladas pela família, amigos e profissionais. Conta que ouviu muitas coisas de pessoas próximas que deixaram marcas nela, tais como: “Seus filhos são aqueles que estão aqui”, o que lhe causava certa angústia, visto que ela se vê como mãe de oito crianças, mostrando considerar seus cinco filhos perdidos nessa contagem.*

Com base nessa vinheta, observamos como Luna, diferentemente de Aurora, faz questão de falar sobre o ocorrido. Através da divulgação de sua história para outras mães que tenham passado por situações semelhantes, Luna deixa explícito que, para ela, essa seria uma forma de lidar com a dor de sua perda e ir na contramão da maneira como a sociedade lida com o luto materno. De fato, são diversos os estudos que apontam que mães, que perderam seus bebês, vêm adotando esse movimento similar ao de Luna de discutir publicamente sobre o assunto, através da criação de *sites* e perfis na *internet* ou, ainda, através da participação (in)formal de grupos de auto-ajuda (Lerner & Faria, 2019; Melo & Vaz, 2019; Muza et al., 2013). Seria algo que estaria diretamente relacionado ao fato dessas mulheres, que perderam

bebês, se sentirem silenciadas em suas dores, pela sociedade, sendo atravessadas pelo desmentido, isto é, com a negação de seu sofrimento, com o luto negado (Curi, 2016).

Muza et.al. (2013, p.36) evidenciam que esse tipo de manobra seria comum, visto que “a mãe busca reconhecimento do filho perdido, enquanto que, para as pessoas que a acompanham, fica difícil vislumbrar o que ela perde”, já que há algo na perda desse objeto que não se oferece à percepção. Para os autores, “a questão é que a impossibilidade de enxergar o lugar psíquico de onde emerge um filho faz com que as mínimas condições para a elaboração desse tipo de luto tendam a ser desconsideradas”(p.36). Nesse sentido, a exposição da intimidade, a partir de narrativas biográficas publicamente compartilhadas, seria sentida como um ato terapêutico, com a mulher não apenas encontrando pares com os quais ela se identifica, via fenômeno de contágio e de espelhamento, mas, também, exigindo que a sociedade de maneira geral a repare pelo dano através de uma postura de maior sensibilização (Melo & Vaz, 2019).

Seria possível pensarmos que, para os autores supracitados, a postura de Luna (de compartilhar publicamente a história pessoal de perder um bebê seria, a priori, uma resposta mais associada à elaboração do luto do que a postura de Aurora (de se silenciar frente ao ocorrido). Caberia refletirmos, à luz de Freud (1917/2010), que descreve o luto como um trabalho de adaptação do ego à perda do objeto amado, por meio do qual o ego deixa de investir a libido no objeto perdido e passa a investir em novos objetos, que esse movimento de compartilhar a própria história de luto equivaleria a uma tentativa saudável de manter a ligação com o objeto perdido, atribuindo-lhe um novo significado. Seria uma tentativa de ressignificação que permitiria justamente a elaboração do luto. Evidentemente que, tal como aponta Bousso (2011), isso não significa que o luto simplesmente teria sido “superado”, mas que teria havido uma boa ressignificação e transformação da relação com o objeto perdido.

Concordamos, entretanto, com a análise crítica de Aguiar (2016), para quem a discursivização sobre o assunto pode tanto ser uma tentativa de elaboração do luto, com as mulheres encontrando um grupo de pertencimento que pode ter traços e nuances de um espaço potencial<sup>6</sup>, como, num avesso, um movimento que também pode ter efeitos psicopatológicos em que, ao invés da elaboração, o que se daria seria a mera repetição traumática. Desde essa perspectiva, não necessariamente falar sobre a perda do bebê seria de saída uma resposta mais criativa do que não falar sobre ela.

Mas, talvez, perdue na comunidade psicológica a compreensão de que o enlutado que nada fala estaria pior do que aquele que fala bastante de sua dor porque, como destacam Lerner e Faria (2019), há, na sociedade, uma série de regras que são aplicadas aos enlutados. Assim, ao mesmo tempo em que a sociedade não dá conta de manifestações “extravagantes” de descontrole emocional, ela tampouco aceita que o enlutado não as expresse em absoluto, sob a pena de ser visto como alguém que está negando os seus sentimentos. Desde essa perspectiva, vale nos questionarmos até que ponto os não ditos de Aurora seriam forçosamente menos saudáveis do que os ditos de Luna. Será que, para Aurora, ser convocada a narrar publicamente a sua perda gestacional não seria tão violento quanto pedir para que Luna, tão “ativista” no tema, se silenciasse? Será que a escolha sobre contar ou não contar a sua história, bem como a escolha de contar ou não os bebês perdidos na contagem total de número de filhos tidos, não estariam sendo engolidas pelas normas sociais?

---

<sup>6</sup> De acordo com Winnicott (1971/1975), o espaço potencial existe entre o “objeto subjetivo e o objeto objetivamente percebido”. Desse modo, pode-se entender que a criação desse espaço diz respeito a uma mudança que ocorre com o amadurecimento da criança, possibilitando-lhe a saída de uma posição de apenas se relacionar subjetivamente com os objetos, para percebê-los como parte de uma realidade compartilhada com outras pessoas, desenvolvendo a capacidade de usá-los. Ele descreveu ainda como uma “região intermediária da experimentação”, para a qual contribuiriam tanto elementos da realidade interna quanto da vida externa. Assim, ao pensar sobre a tensão vivida pelo indivíduo por relacionar a realidade interna com a externa, Winnicott enfatiza o alívio que o indivíduo tem em razão de poder viver experiências nessa área intermediária (1951/1993, 1953/1975).

Consideramos essas reflexões importantes, uma vez que profissionais da área da saúde, que atuam na área de Obstetrícia, têm debatido sobre como intervir junto à mulher que perdeu o seu bebê. Oishi (2014) aponta que algumas atitudes por parte da equipe hospitalar podem favorecer a expressão da dor e do luto, como propor e encorajar os pais a verem, tocarem, tomarem o bebê morto em seus braços, darem nome à ele, organizarem o funeral e providenciarem um túmulo. Isso porque, através desse protocolo, a morte seria vivida de forma mais realista, favorecendo o luto normal. No entanto, a mesma autora faz uma observação importante ao mencionar que a utilização de rituais pode, num oposto, produzir efeitos contrários aos desejados, configurando-se numa ritualização que mais obstaculariza a transformação do que a favorece. Assim, ao mesmo tempo em que é indiscutível a importância do acolhimento e suporte à mulher que perdeu o seu bebê, entendemos que nem sempre a adoção de protocolos únicos às diferentes pessoas irá ao encontro de suas diferentes necessidades. Desde esse prisma, é possível pensarmos o quanto os regramentos gerais, sustentando o cuidado junto às mães que perderam seus bebês, não estariam ligados àquilo o que Lemos e Cunha (2015, p.13) apontam sobre o quanto a sociedade “faz sua economia de gestos e sentimentos”.

### **3.2 - Campo 2: Ao final do arco-íris, um pote de ~~ouro~~ culpa**

Esse campo diz respeito às manifestações emocionais de culpabilização das participantes, seja em relação à gravidez que não foi bem-sucedida, seja em relação aos cuidados investidos no filho “arco-íris”. No que diz respeito ao sentimento de culpa em relação ao bebê falecido, embora todas as participantes o tenham manifestado, selecionamos trecho da narrativa psicanalítica referente à entrevista com Iris:

*Iris me conta que descobriu a sua primeira gestação aos 21 anos de idade, o que lhe causou grande susto, visto que não havia planejado essa gravidez e encontrava-se em um relacionamento muito recente. A participante me diz que, na ocasião, sofreu um acidente de*



*moto e começou a perder líquidos, mas que os médicos a asseguraram que estava tudo bem. Entretanto, com 22 semanas de gestação, Iris descobriu que sua bolsa gestacional havia na verdade se rompido durante o acidente, de modo que, quando ela completou 27 semanas de idade gestacional, foi necessário fazer um parto cesárea de urgência. Infelizmente, devido à prematuridade e infecções adquiridas no hospital, seu bebê sobreviveu por apenas 16 horas.*

*No decorrer da entrevista, Iris me relata que as pessoas tentavam acalmá-la, dizendo que ela não tinha culpa de nada, pois acidentes acontecem. No entanto, com visível mal-estar, ela me diz que, mesmo que não fosse diretamente culpada, como ela já havia sofrido um acidente de moto anteriormente, ela deveria ter sido mais precavida e não ter andado de moto naquele período.*

Vemos com esse recorte que Iris se sentia responsável pela perda neonatal, se culpabilizando por ter se colocado em uma situação que culminou no acidente. Os poucos momentos da entrevista em que a participante não se culpabilizou foram aqueles em que ela relatou, com certo ressentimento, que a equipe médica, que havia realizado uma série de exames para verificar se tudo estava bem, lhe dava diagnósticos positivos, porém equivocados. Esse interjogo entre se culpabilizar e culpabilizar o outro foi igualmente observado na revisão integrativa sobre perda gestacional, realizada por Coelho Filho e Lima (2017), uma vez que, diante da morte de um bebê, o indivíduo é inevitavelmente tomado pela necessidade de buscar uma explicação causal em que alguém acaba sendo duramente culpabilizado (Freire, 2012). Seria uma tentativa de tamponar a perda buscando-se explicações (Lemos & Cunha, 2015).

Podemos pensar que, na maioria das vezes, nessa busca por um culpado, quem acaba sendo culpabilizada pela morte do bebê, de maneira geral, é a própria mãe. Isso ocorre não apenas porque a gravidez se inscreve no corpo feminino (Lemos & Cunha, 2015), mas, também, dado o imaginário social que perdura ao redor da mãe. De acordo com Krüger

(2018), embora, anteriormente, a mãe fosse vista como alguém cuja função era mais procriativa do que afetiva, foi sendo construído um discurso social ao redor da maternidade para que ela se tornasse o elemento central na vivência da mulher, a ponto de sua identidade passar a ser determinada pela maternidade. Apesar de, na contemporaneidade, o ideal de maternidade estar sendo revisitado, as mulheres da atualidade seguem se sentindo culpadas, seja por apresentarem sentimentos de dúvida e de ambivalência nas questões da maternidade, seja por não agirem de acordo com os modelos valorizados na sociedade, seguindo as normas inconscientemente internalizadas que se reproduzem através das gerações, integrando a subjetividade feminina e modelando papéis. Desde essa perspectiva, podemos pensar que a mulher que não dá conta de ter uma gestação bem-sucedida, seja porque andou de moto enquanto estava grávida, como no caso de Íris, seja por outros motivos, acaba também sendo atravessada pelo sentimento de culpa.

Cabe destacar que mesmo a Psicanálise, enquanto fruto da cultura, também não esteve isenta da reprodução dessas “regras” acerca do papel que é destinado à mulher/mãe na sociedade, havendo muitos trabalhos psicanalíticos que sustentam uma teorização reducionista, que podem vir a potencializar o sentimento de responsabilização da mãe pela perda gestacional/neonatal. Na clássica obra “Maternidade e sexo”, Langer (1986) aponta que, nos casos de perdas gestacionais repetidas, estaríamos diante de tentativas inconscientes da mulher de desfazer-se do objeto, dada a sua incapacidade de sustentar o desejo do filho e o desejo de que a gravidez chegue a termo. Maldonado (1992), que também produziu obras de referência sobre maternidade, entende que a dificuldade de levar a gestação a termo teria a ver com a falta de *holding*<sup>7</sup> na relação da gestante com a própria mãe, de modo que, ao não sentir

---

<sup>7</sup> De acordo com Winnicott, (1963/1983a), *holding* pode ser definido como um conjunto de cuidados maternos físicos e psicológicos dispensados ao bebê humano no período logo posterior ao seu nascimento. É possível compreender também o *holding* como provisão ambiental suficientemente boa, o ambiente de *holding*, o que lança o conceito para além da figura materna e traz a noção de cuidado de modo a abranger outros fatores implicados no início da vida do bebê que não a mãe concreta: pai, avós, médicos, grupos sociais, momento histórico e político.

que teria sido sustentada por sua mãe, a mulher teria igualmente dificuldade de sustentar e carregar dentro de si um novo ser. Vemos que, mesmo em alguns textos psicanalíticos mais recentes, perdura a teorização de que a perda do bebê derivaria da incapacidade psíquica por parte da mulher. Para Taguchi e Pio (2014), o aborto espontâneo estaria frequentemente atrelado ao desejo de matar a mãe dentro de si mesma.

Numa perspectiva psicanalítica diferente da dos autores supracitados, entendemos que a questão não é que a perda do bebê estaria literalmente ligada a um desejo da mãe de eliminá-lo, que teria sido tão bem-sucedido a ponto de ser realizado. Compreendemos, à luz dos estudos de Winnicott (1963/1983b), que todo indivíduo é atravessado por sentimentos de ódio<sup>8</sup> e por pensamentos agressivos, mesmo em relação aos objetos amorosos, e que inclusive o sentimento de culpa só é desenvolvido, no ser humano, à medida que a sua própria hostilidade é percebida.

No fenômeno da gestação, a ambivalência também se faria inevitavelmente presente. E, de acordo com Freire (2012), seria essencial que a gestante pudesse experienciar livremente a sua ambivalência, oscilando entre amar e incomodar-se com essa nova situação, sem ser inibida a entrar em contato com o seu ódio pela maternidade.

Assim, entendemos que é mais cuidadoso abordarmos psicanaliticamente essa questão não inferindo que a mulher teria, de fato, desejos que poderiam ter desembocado na perda gestacional, mas, sim, discorrendo que é natural que ela também tenha hostilidade em relação ao bebê, auxiliando- para que ela não se martirize por acreditar que a sua hostilidade teria efetivamente destruído o bebê. Trata-se de uma reflexão pautada na compreensão de que, de outro modo, a mulher acaba sofrendo duplamente: sofre pela perda do filho, mas também

---

<sup>8</sup> Faz-se necessário explicar aqui que o termo “ódio” possui na sociedade uma conotação de extrema negatividade, o que acaba por criar no imaginário social a necessidade de reprimi-lo na busca por vivenciar apenas sentimentos “bons”. Contudo, adotaremos aqui uma postura de não estigmatização do termo, entendendo que se trata de um sentimento natural no ser humano.

sofre por fantasiar (e por ser alvo também das fantasias dos demais) que a perda seria de sua responsabilidade (Melo & Vaz, 2019).

Apresentamos, a seguir, outro trecho da narrativa psicanalítica oriunda do encontro com outra participante (Luna), em que a questão da culpa aparece:

*No encontro com Luna, a participante me explica que se sentia muito culpada pelas gestações que não chegaram à termo, visto que já possuía uma idade considerada avançada para gestar e também alguns problemas de saúde. Para Luna, o que a deixava mais aliviada eram as investigações e diagnósticos posteriores, amenizando assim a sua responsabilização pelas perdas. Luna me conta também que, junto com a chegada do bebê arco-íris (assim descrito por ela), vem também um componente de culpa, que faz as mães pensarem que talvez estejam tentando apagar a existência de seus outros filhos; sentimento este que acaba sendo amplificado pela sociedade com a ideia de que perdas gestacionais são passíveis de substituição. Ela me diz: “Eu me faço essa pergunta várias vezes, mas o próprio nome ‘arco-íris’ já diz que ele vem depois de uma tempestade. Então ele não deixa você esquecer o que você passou. Ele só chega quando houve a tempestade e, sem ela, ele não existe. Então esse pensamento chega a ser cruel e eu tento pensar que é incoerente”.*

*Nesses momentos é possível perceber o quanto Luna esforça-se para manter na família o espaço dos filhos que perdera, evitando que sejam esquecidos. A participante me fala inclusive de eventos em que seu filho do meio “conversava” com seus bebês falecidos, ou de sonhos que sua amiga tivera em que uma criança dizia ser filho de Luna e lhe pedia para avisá-la que se sentia agradecido por tudo que a mãe fizera por ele e pelos irmãos.*

*Aproximando-se do fim de nosso encontro, apresento à Luna a narrativa interativa. Ela inventa um desfecho em que a protagonista Sol, ao ouvir um barulho vindo do quarto do filho, vai rapidamente conferir se estava tudo bem com ele. No entanto, a participante inclui na história a existência de um filho perdido e discorre que a protagonista...: ‘Aproximou-se*

*da cama e deu um beijinho delicado na bochecha de seu primogênito. Sim, primeiro de dois, pensou ela. Aquele menininho era o melhor irmão mais velho do mundo. Não seria, era. O pensamento acalentou seu coração partido. Sentiu suas mãos aquecidas por um calor inexplicável, como se mãozinhas invisíveis as segurassem. Entre as lágrimas sorriu, aquecida pelo imenso amor que tinha por seus dois filhos’.*

Partindo desse breve recorte, notamos que Luna se sentia culpada tanto pelos filhos perdidos quanto pelos filhos que ela tivera, após as perdas gestacionais. Essa culpa por investir no bebê decorrente de uma gravidez subsequente à perda gestacional foi igualmente apontada por Oishi (2014), que realizou um estudo de caso, por meio do qual uma mulher foi psicanaliticamente acompanhada, ao longo de dez meses, após sofrer uma perda gestacional. Segundo a autora, é comum a mulher sentir-se culpada, como se estivesse traindo o bebê falecido, deixando de lhe ser fiel ao envolver-se maximamente com um novo bebê. Para Rodrigues (2009), em algumas situações radicais, a mulher pode inclusive chegar a ter dificuldade para desenvolver um vínculo com a nova criança, pois, ao mesmo tempo em que deseja ter um filho vivo e nele se investir, pode sentir-se culpada por não permanecer unida ao bebê falecido.

Haveria assim um dilema, vivido por algumas mulheres que sofreram perda gestacional/neonatal, pois, ao mesmo tempo em que há o desejo de ter um outro filho, há um mal-estar por não conservar o bebê morto como único objeto de amor (Aguilar, 2016). Esse mal-estar pode acabar inclusive fazendo com que a mulher fique lutando contra o apagamento das imagens, o que de fato Luna o faz, quando, em sua narrativa interativa, traz espontaneamente o bebê falecido, demarcando que ele não teria sido esquecido. Para além da narrativa interativa, Luna também faz questão de sempre demarcar a presença de seus filhos falecidos na vida de sua família, fazendo inclusive referência à fenômenos em que seu filho do meio teria tido contato com seus irmãos falecidos.

Em seu artigo, Oishi (2014) aponta três aspectos fundamentais a serem trabalhados com mulheres que sofreram uma perda gestacional/neonatal:

Acolher e escutar empaticamente a paciente, facilitando-lhe o contato e a expressão dos sentimentos relativos à perda, os quais são frequentemente ambivalentes; ajudá-la a transformar o que era um projeto de vida numa lembrança saudável (e não esquecê-lo simplesmente); e auxiliá-la com o sentimento de culpa, seja consciente ou inconsciente (Oishi, 2014, p. 59).

De fato, no presente campo, pudemos observar que as participantes manifestaram sentimento de culpa, dificuldade no que diz respeito a afastar-se do bebê falecido e mal-estar frente aos próprios sentimentos ambivalentes.

### **3.3 - Campo 3 – A sombra do arco-íris**

O terceiro campo refere-se às manifestações das participantes de cuidado materno com o filho arco-íris, atravessados pelos cuidados e/ou sentimentos em relação ao bebê perdido. Dentro desse campo, foi possível identificar dois tipos de manifestações distintas: de um lado, pudemos perceber uma postura de maior afastamento e dificuldades de investimento no novo filho; de outro, observamos uma postura superprotetora e de superinvestimento na criança arco-íris. Para ilustrar o primeiro grupo de manifestações, apresentamos um trecho da narrativa psicanalítica elaborada após o encontro com Celeste:

*Celeste me conta que teve sua primeira gravidez aos 37 anos. A participante me diz que, após um sangramento intenso, sua filha acabou nascendo, após apenas cinco meses de gestação: “Ela nasceu perfeita, mas os órgãos não estavam totalmente formados”. Infelizmente, por conta de complicações nos pulmões e no sangue, a bebê foi à óbito três dias após o nascimento. A participante me diz que acredita quase ter entrado em depressão: “Não entrei, mas quase entrei. Eu só chorava, não comia e nem dormia. Até que eu fui não me acostumando, mas aprendendo a lidar, porque era a primeira filha também, né?”. Celeste me conta, então, que, mesmo com contra-indicações dos médicos, ela acabou engravidando novamente, apenas dez meses após a perda neonatal. Ao chegar ao quinto mês de sua*

*segunda gestação, Celeste novamente sentiu dores e teve sangramentos, mas, desta vez, foi também submetida ao procedimento de cerclagem, de modo que sua segunda filha acabou nascendo apenas ao final dos nove meses de gestação. Questiono então como Celeste sentiu-se em sua segunda gestação, ao que ela me responde: “Tinha medo de acontecer o mesmo que aconteceu da outra vez. Mesmo dando os pontos, eu ainda tinha medo. Até quando ela nasceu, eu ainda tinha medo. Eu só fui ficar tranquila depois que eu peguei ela no colo”.*

*À medida que a entrevista vai se desenvolvendo, Celeste novamente volta a falar de sua primeira filha, dizendo que passou por coisas que nunca pensou que passaria, como ir a uma funerária escolher o caixão da filha. Conta-me que não queria fazer um velório, mas que o fez, pois a família queria. Logo depois, a participante novamente traz a visão de uma criança perfeita: “Era uma menina perfeita, não tinha nada de deficiência. Foram só os órgãos que não aguentaram mesmo”.*

*Em dado momento da entrevista, sua segunda filha, atualmente com dois anos de idade, entra no cômodo da casa em que estávamos conversando e começa a brincar. Nesse momento em que conheço a filha arco-íris da participante, noto que a criança apresenta em seu rosto algumas características de deficiência física, mas Celeste não toca no assunto em nenhum momento. Indago-me se é algo velado, do campo do não dito pela família, bem como se ela já recebeu algum tipo de diagnóstico a respeito. Em meio aos meus devaneios, ouço a criança chorando, após bater a cabeça na porta sem querer. Celeste não parece ficar preocupada, entretanto. Sem ir até a sua filha para verificar o machucado, pede apenas para que ela vá procurar pelo pai.*

*Mais ao final da entrevista, quando apresento o recurso da narrativa interativa para Celeste, vejo que ela apresenta dificuldade para se identificar com a história. Após algumas intervenções minhas, tentando explicitar para ela qual era a proposta, ela diz, de maneira*

*bem objetiva, que, se a situação fosse com ela, após ouvir o barulho, iria até o quarto conferir se estava tudo bem com a filha.*

Sabemos que toda mulher tende a comparar as suas histórias gestacionais, vivenciando cada nova gestação com as lembranças da gravidez anterior (Freire, 2012). Seria possível, desse modo, pensarmos que o fato de Celeste ficar comparando as suas duas histórias gestacionais não seria algo relevante. Entretanto, num segundo momento, é possível nos questionarmos até que ponto Celeste teria também tecido outras comparações entre as suas duas filhas, mas dessa vez não em relação à gestação propriamente dita. Devido ao pouquíssimo tempo de vida de sua primeira filha, teria Celeste ficado impossibilitada de viver o luto da criança idealizada e acolher a criança real que nasceu, mantendo esse bebê em seu imaginário de modo altamente idealizado? Ainda, em contraste à essa primeira bebê, que por duas vezes ela descreve como perfeita, teria a participante dificuldades de se ver como mãe de uma criança tão imperfeita, com uma visível deficiência que ela preferia não falar em absoluto? Seria por isso que Celeste teria, em sua associação livre, falado mais de sua primeira filha, tida como idealizada, ao invés da sua filha arco-íris, parecendo estar mais próxima da primeira do que da segunda?

De acordo com Vidal (2010), que realizou uma pesquisa com quatro puérperas que haviam sofrido perdas anteriores, haveria uma tendência, por parte das mães, em manterem o bebê morto no terreno da idealização, diferentemente da criança viva e concreta que advém de uma gravidez subsequente. Foi justamente por conta dessa percepção de que as mães podem ter dificuldades de aceitarem os filhos posteriores, ocasionando assim o não reconhecimento de suas identidades próprias, que a autora alertou para a possibilidade de distúrbios no vínculo mãe-bebê, com o bebê arco-íris podendo ser atravessado pela “síndrome da criança de substituição”. Pode até mesmo haver casos radicais em que os bebês substitutos receberiam as mesmas roupas e os mesmos nomes dos bebês perdidos, conforme apontam Teodózio, Barth,



Wendland e Levandowski (2020), com os bebês perdidos se fazendo tão presentes na relação entre as mães e os novos bebês que seria como se houvesse um fantasma no quarto do bebê, assombrando esse vínculo. O problema que daí decorre é o de que o filho que está vivo pode acabar sendo vivido como um estranho, aos olhos da mãe, que se mantém mais familiarizada com o bebê perdido anteriormente (Freire, 2012).

Aqui é possível fazermos uma interlocução com os estudos do psicanalista André Green ao redor do conceito “Complexo da mãe morta”. Para Green (1988), tal complexo consistiria numa metáfora para descrever a morte psíquica de uma mãe que, embora viva, teria sua presença, para a criança, marcada pela ausência. Como Green (1988, p.246) nos esclarece: “Refiro-me a esta [a mãe morta] como uma metáfora independente do luto real”. Seria, assim, “uma mãe que permanece viva, mas que está, por assim dizer, morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem cuida” (Green, 1988, p. 239).

Partindo dessa teorização, seria possível nos questionarmos se Celeste, em consequência da perda da bebê perfeita que ainda lhe atravessava, era marcada por um desinvestimento e distância afetiva em sua maternidade junto à filha real que se apresentava à ela. Essa dúvida é levantada uma vez que, apesar da participante, no desfecho criado para a narrativa interativa, dizer que a personagem iria até o quarto para verificar se estava tudo bem com a filha, ao longo da entrevista, ela acaba justamente apresentando o movimento contrário. Ao ver que a filha se machucara, ao correr pela casa, a participante, ao invés de ir justamente verificar o que havia ocorrido, tal como no desfecho inventado da narrativa interativa, apenas incentiva que a criança procure pelo pai. Poderíamos, assim, pensar na possibilidade de um distanciamento materno que atravessa essa relação materno-filial?

É possível também pensarmos, acerca da filha com deficiência de Celeste, que talvez ela despertasse, na participante, a fantasia de que ela não seria capaz de gerar uma criança saudável e perfeita, aspecto esse que também foi identificado por Granato (2000), em seu

estudo com outras mães que engravidaram posteriormente a uma perda. Desde essa perspectiva, a não nomeação de Celeste em relação à deficiência da filha seria não apenas uma recusa em olhar para essa criança “imperfeita”, tão diferente da primeira filha idealizada, mas também um distanciamento frente à fantasia de sua incapacidade reprodutiva (Lemos & Cunha, 2015).

Daria para refletirmos aqui que, talvez, se Celeste de fato tivesse seguido as recomendações médicas de não engravidar tão cedo, novamente, ela talvez tivesse tido melhores chances de se vincular ao bebê arco-íris. Acerca disso, Freire e Chatelard (2009) propõem que após uma perda fetal a mulher espere algum um tempo antes de gestar novamente, pois assim poderia reestruturar o seu Eu para poder investir em uma nova gravidez de forma mais livre. Contudo, em contraposição a essa ideia de que um espaço maior de tempo entre a perda e uma nova gestação amenizaria a sobreposição dessas experiências, Sousa e Lins (2020) apontam, a partir de seu estudo com cinco gestantes com histórico de perda gestacional, que, por ser um fenômeno tão singular, não é possível afirmar que a temporalidade que separa tais vivências seria efetivamente capaz de diminuir a influência da perda sofrida no investimento oferecido ao novo filho.

O que sabemos é que, apesar de muitas mulheres optarem por engravidar novamente, não se vendo capazes de desinvestir da gravidez onde havia um hiperinvestimento (Freire, 2012), nem sempre uma nova gravidez exerce de fato um efeito positivo em seus processos de elaboração de luto. Oishi (2014) aponta, ainda, que nem sempre esse movimento das mulheres em engravidarem rapidamente, após uma perda gestacional/neonatal, decorreria de um desejo intrapsíquico quase obsessivo de ter outro filho. Segundo a autora, grande parte dessas mães enlutadas sofreria também uma pressão das famílias e da sociedade, de maneira geral, para fazer esse deslocamento, tanto que, em seu estudo, a participante queixava-se dos comentários que lhe diziam, na linha de “logo você terá outro”. De acordo com a autora, seria também

recorrente a existência dessa pressão ambiental de fazer a reposição desse filho o mais rapidamente possível.

Mas, conforme expresseo no início desse terceiro campo, deparamo-nos com um segundo grupo de manifestações, relativos à uma postura superprotetora. Assim, foi como se as participantes se mostrassem oscilando entre dois pólos, um de maior distanciamento afetivo e outro de um superinvestimento emocional. É neste segundo pólo que nos encontramos com Iris, como fica evidente no seguinte trecho de narrativa:

*Na entrevista com Iris, ela me conta que, logo que saiu do hospital, após sua perda neonatal, sabia que queria ter um outro filho. Ela fala que até chegou a discutir sobre o assunto em sua terapia e que, apesar de ter concluído que era na verdade um desejo de que alguma coisa boa estivesse acontecendo naquele momento, ainda assim ela persistiu e se viu novamente grávida, seis meses após a perda. Ela diz que se viu confusa, não conseguindo assimilar em alguns momentos que era uma nova gestação: “Até mesmo porque foi uma atrás da outra e muita gente não sabia o que tinha acontecido. Eu sabia que queria outro filho, mas não sabia que seria tão difícil de lidar com aquilo que eu ainda não tinha superado. Acho que eu tinha que ter dado um tempo, ter vivido aquele momento”.*

*Iris explica que, quando engravidou novamente, ela sentia muito medo de tudo, de andar na rua, de subir escadas, de sentar em cadeiras com receio de que algo pudesse acontecer. Conta que foram nove meses muito difíceis e que essa preocupação teve continuidade após o nascimento do segundo filho. Iris diz que queria dar conta de tudo em relação ao cuidado do filho, sempre com muito receio de que acontecesse algo com ele, até os dias atuais. Fala que a alimentação dele sempre foi algo que a preocupou muito e que, logo no início, ela sempre saía com comidas congeladas, a fim de evitar brechas em que ele precisasse ser alimentado por outras pessoas. Iris conta que foi também deixando de conviver com algumas pessoas para evitar conflitos, com medo de que alguém fizesse algo com seu*

*filho que estivesse fora de seu controle ou, ainda, que a criticassem sobre a forma como vive sua maternidade. Ela explica o seu raciocínio, que inclusive a motivou a parar de trabalhar para dedicar-se maximamente aos cuidados do segundo filho: “Eu não vi ele crescer, eu não vi ele andar, eu não levei ele nas vacinas, ele não conversou, ele não sorriu. Eu nem ouvi ele chorar. Então com esse eu queria estar lá. Se ele piscasse, eu queria ver”.*

*Ao final da entrevista, apresento a narrativa interativa para Iris, mas, após ler a história, a participante me diz que terá um compromisso naquele horário e combinamos que ela me enviaria o desfecho posteriormente. Contudo, após uma semana, entro em contato com Iris e não recebo nenhum retorno, deixando assim de receber também o trecho que seria inventado por ela.*

A partir dessa vinheta, vemos como Iris se mostra ainda bastante confusa em relação à maternagem de seu segundo filho, relacionando-se com ele ainda bastante atravessada por sentimentos em relação ao bebê que perdera. Talvez isso tenha a ver com a proximidade temporal entre uma gravidez e outra, como a própria participante levanta e conforme foi discutido previamente. Entretanto, não temos como afirmar que Íris teria melhores condições de se vincular ao seu bebê arco-íris se tivesse aguardado mais tempo. O que podemos apontar é que a participante sentiu que se fazia necessário abdicar-se de seus afazeres profissionais para dedicar-se exclusivamente ao seu filho, atravessada pelo sentimento de precisar viver com ele o que não teria sido possível de ser vivido com seu primeiro filho. Aqui é interessante pensarmos que, talvez, a participante, tenha atuado transferencialmente, junto à pesquisadora, a sua necessidade de manter os outros afastados dela, para não se sentir julgada em relação a esse movimento de superproteção. Isso porque, quando a participante opta por não realizar a criação do desfecho da narrativa sugerida naquele momento (e depois desaparece, sem cumprir o combinado), talvez o tenha feito no sentido de excluir de sua vida tudo aquilo que pudesse lhe despertar certa ameaça quanto ao modo que tem levado a maternidade. Teria a

participante ficado receosa quanto à proximidade da pesquisadora em relação a sua intimidade com o filho?

Vidal (2010), após observar que se dá um verdadeiro processo de distorção na percepção materna, que produz comportamentos de superproteção e de hipervigilância da mulher em relação à saúde e à segurança das crianças nascidas após uma perda, entende que seria possível falar que a mulher atravessaria uma “síndrome da criança vulnerável”. Segundo a autora, o problema residiria nas dificuldades emocionais ligadas aos processos de separação e de individuação em relação ao novo filho. Assim, embora a postura de maior distanciamento afetivo, como notamos em Celeste, possa vir a prejudicar a constituição psíquica da criança, que ficaria num silêncio de investimento subjetivo sobre ela, entendemos que, no extremo oposto, a excessiva preocupação com o filho pode fazer vir a lhe suscitar prejuízos em seu desenvolvimento. De fato, segundo Moura (2013), a nocividade materna pode se manifestar a partir de dois pólos: a possessividade e o abandono.

À luz da teoria winnicottiana, vemos igualmente a compreensão de que, independentemente se a mãe se mostra distante ou super investida em seu filho, em ambas situações ela poderia estar prejudicando o desenvolvimento emocional da criança. Winnicott (1956/1993) discorria sobre a “preocupação materna primária” para designar o estado preocupado da mulher, característico das primeiras semanas ou meses após o parto, e que já se faria presente no final da gestação. O autor compreendia que essa preocupação materna seria uma condição fundamental na mãe para que ela desse conta de se identificar sensivelmente com as necessidades do bebê, tendo condições de se adaptar às suas necessidades, para que, a partir daí, ele pudesse continuar se desenvolvendo psiquicamente.

Winnicott (1956/1993) enfatizava que considerava saudável a mulher ser capaz de “adoecer” dessa forma especial, nesse período, desinvestindo o seu interesse em outras áreas de sua vida. Entretanto, para ele, era importante que ela desse conta de retomar,

gradativamente, suas atividades e interesses pessoais, recuperando-se assim da preocupação materna primária; caso contrário, haveria o risco dela e do bebê não experienciarem um processo de individuação, tão necessário para que o bebê possa amadurecer emocionalmente. O que vemos, no relato de Iris, é a dificuldade de desvincular-se desse estado de preocupação materna para com seu filho, ao contrário de Celeste, que, num avesso, dava sinais de dificuldades para adentrar nesse nível de identificação com a filha.

As pesquisadoras winnicottianas Granato e Aiello-Vaisberg (2002), fazendo uma reflexão sobre o conceito winnicottiano de preocupação materna primária, propõem que, em algumas situações, de fato seria difícil da mulher poder sair dessa condição emocional. Ao observarem um grupo de mães de crianças com alguma deficiência mais severa, as autoras identificaram que, nessa situação específica, como elas eram convocadas a exercer maior cuidado aos filhos, por um período ilimitado, acabavam tendo que vivenciar um estado de “preocupação materna primária especial” (p.87). Seria especial, uma vez que, ao invés da mulher poder amenizar os cuidados à medida que a criança vai caminhando rumo à independência, ela precisaria continuar nesse estado de devoção devido à condição de maior dependência ao ambiente que algumas crianças com deficiência podem apresentar. Embora esse não fosse o caso de Íris, parece-nos que, dada a sua incapacidade de afrouxar os cuidados em relação ao filho arco-íris, ela parecia estar atravessada por uma preocupação materna primária especial. Assim, apesar de seu filho ter a capacidade de desenvolver-se rumo à independência, a participante se via incapaz de diminuir os cuidados destinados para ele, como se ele fosse de fato uma criança com limitações, talvez por ainda vê-lo à sombra do primeiro filho, cuja vida havia sido efetivamente limitada.

De acordo com Vidal (2010), essa cobrança que Iris fazia a si mesma para alcançar a perfeição na rotina do filho equivaleria ao que a autora chamou de “construção da identidade parental” (p.3189) em uma situação complexa (como a perda de um filho), que produz

questionamentos e avaliações constantes entre o que se idealizava e o que era possível de ser vivido. De acordo com a autora, o rebaixamento da autoestima, no decorrer do enfrentamento das dificuldades, faz com que essas mães dirijam a si mesmas e a seus novos bebês um nível de exigência que possa reparar todo o sofrimento ligado às situações vivenciadas pela perda anterior. Vemos essa exigência explícita quando Iris conta sentir-se ameaçada por uma situação simples, como a possibilidade de seu filho ter que ser alimentado por outra pessoa em algum momento que fugisse de seu controle e da programação que criara.

#### **4. Considerações Finais**

O presente trabalho buscou investigar a experiência emocional de mulheres que têm filhos de até três anos de idade, oriundos de gestações subsequentes à perda gestacional/neonatal. Foram identificados três campos por meio dos quais foi possível observar que as participantes apresentavam manifestações particulares frente à dor do luto, embora todas elas se culpabilizassem, seja por se sentirem responsáveis pela perda, seja por terem seguido adiante com novas gestações. Ainda, em relação ao cuidado materno com os filhos arco-íris, notou-se que as participantes oscilavam entre uma postura de superproteção e de afastamento, estando muito atravessadas pelos sentimentos quanto ao bebê perdido.

Embora consideremos esse estudo valioso, dada a escassez de trabalhos científicos que versem sobre o vínculo materno quando o bebê arco-íris já não é mais um bebê, entendemos que a pesquisa apresenta algumas limitações, que podem ser sanadas em futuros estudos. A principal delas que podemos citar tem a ver com o fato de termos nos voltado apenas para a mãe, deixando de focalizar no restante do grupo familiar (pai, avós, irmãos, dentre outros). Como vimos ao longo da pesquisa, mais especificamente a partir do caso de Luna, que relata sobre um de seus filhos “falando” com os bebês perdidos, a perda gestacional/neonatal é um evento que pode gerar impactos para toda a família. Assim, uma investigação que pudesse

abranger toda essa rede familiar não somente possibilitaria que se desse voz a esses outros integrantes do ambiente familiar, mas também auxiliaria no sentido de descentralizar o debate, ao redor das questões associadas à perda gestacional/neonatal, da figura da mulher.

Em relação à mulher, pudemos perceber o quanto, mesmo após ter tido uma gravidez bem-sucedida depois de viver uma perda gestacional/neonatal, ela ainda demanda atenção por parte dos profissionais da área de saúde. Esse cuidado, quando disponibilizado, poderia auxiliar não apenas a mulher (em relação à elaboração da perda anterior e, também, em sua relação com o filho arco-íris), mas, também, a própria criança, que se beneficiaria indiretamente das intervenções dedicadas à sua mãe. Notamos, entretanto, conforme discutido ao longo do trabalho, que tais intervenções devem estar pautadas na compreensão de que o processo de elaboração da perda é muito singular, de modo que é importante que o apoio a ser ofertado dê conta de reconhecer as mães em suas diferentes nuances, tais como as múltiplas cores que compõem, ao final, o arco-íris.

## **5. Referências Bibliográficas**

- Aguiar, H., & Zornig, S. (2016). Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Estilos da Clínica*, 21(2), 264-281.
- Aguiar, H.C. (2016). *Quando a partida antecede a chegada: singularidades do óbito fetal*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
- Bailey, S.L., Boivin, J., Cheong, Y., Kitson-Reynolds, E., Bailey, C., & Macklon, N. (2019). Hope for the best... but expect the worst: a qualitative study to explore how women with recurrent miscarriage experience the early waiting period of a new pregnancy. *BMJ*, 9(5), 1-9.



- Barbosa, A. Neto, I. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa. *Manual de cuidados paliativos* (pp. 487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bouso, R. S. (2011). A complexidade e a simplicidade da experiência do luto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), VII-VIII.
- Coelho Filho, J.F., & Lima, D.M. de A. (2017). Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. *Psicologia Argumento*, 35(88), 16-32.
- Curi, P. L. (2016). Da curetagem aos restos psíquicos. *Cadernos de Psicanálise – SPCRJ*, 32(1), 52-59.
- Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda gestacional: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 485-490.
- Faria-Schützer, D. B., Neto, G. L., Duarte, C. A. M., Vieira, C. M., & Turato, E. R. (2014). Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(2), 113-132.
- Fernandes, D. L., Albuquerque, N. L. A., Melo, E. A., Silva, R. B., Vasconcelos, E. M. R., & Leite, H. P. O. (2012). Percepção de um grupo de gestantes detentoras de história de aborto em gestação anterior. *Revista de Atenção à Saúde*, 10(32), 47-53.
- Freire, T. C. G., & Chatelard, D S. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9(3), 1007-1022.
- Freire, T.C.G. de P. (2012). *Transparência psíquica em nova gestação após natimorto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Freud, S. (2010). Luto e melancolia. In: *Obras completas Sigmund Freud*, volume XII (pp.170-194). São Paulo: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (1989). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, volume XIV (pp.81-108). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1914).

- Granato, T. M. M. (2000). *Encontros Terapêuticos com Gestantes à luz da Preocupação Materna Primária*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2002). A preocupação materna primária especial. *Psicologia Clínica*, 14, 87-91.
- Granato, T.M.M., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 12(2), 253-271.
- Granato, T.M.M., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2011). Narrativa interativa e psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16 (1), 157-163.
- Green, A. (1988). A mãe morta. In: \_\_\_\_\_. *Narcisismo de vida narcisismo de morte* (pp. 239- 273). São Paulo: Editora Escuta Ltda.
- Herrmann, F. (2007). Teoria dos Campos: uma pequena história. *Jornal de Psicanálise*, 40(73), 69-75.
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614-623.
- Krüger, I. C. (2018). Mulher-mãe: as performances nos contos ira das mães de Altair Martins e XX + XY de Giovana Madalosso. *Cadernos de Letras*, 30, 295-315.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2011). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lemos, L.F.S., & Cunha, A.C.B. da (2015). Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 35(4), 1120-1138.

- Lerner, K.; Faria, A. F. (2019). “Reaprender a viver”: os sentidos da morte e do sofrimento entre mães que perderam filhos. *Revista M: Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*, 4(7), 180-200.
- Maldonado, M. T. (1992). Psicossomática e obstetrícia. In: J. Mello Filho. (Org.). *Psicossomática hoje* (pp. 208-14). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Melo, C.T.V. de, & Vaz, P.R.G. (2019). Perda gestacional e neonatal, um sofrimento como outro qualquer. *Matrizes*, 13(2), 91-112.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistemas. Cadastros Nacionais. CID 10 (definições). Disponível em: <https://goo.gl/CzDPBz>.
- Moura, D. F. G. (2013). Maternidade e poder. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 13(1-2), 387-404.
- Muza, J.C., Sousa, E.N. de, Arrais, A. da R., & Iaconelli, V. (2013). *Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. Psicologia, Teoria e Prática*, 15(3), 34-48.
- Oishi, K.L. (2014). O Jardim de Julia: a vivência de uma mãe durante o luto. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 30(1), 5-11.
- Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes, A. G., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 373-382.
- Pontes, V. V. (2016). *Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação*. Salvador: EDUFBA.
- Rodrigues, A.S.N. (2009). *Impacto de uma interrupção espontânea da gravidez na vinculação pré-natal numa gravidez seguinte*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal.

- Sanches, A., & Cardoso Junior, H. R. (2006). Ruptura de Campo: proposta clínica e metodológica de Fábio Herrmann. In: *Anais do XIX Encontro de Psicologia e VI Encontro de Pós-Graduação: Percursos e Perspectivas*. Assis: UNESP.
- Santos, D. P. B. D. (2015). *A elaboração do luto materno na perda gestacional*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Sousa, E. N., & Muza, J. C. (2011). *Quando a morte visita a maternidade: papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal*. Monografia de Conclusão de Curso em Psicologia, Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF.
- Sousa, T. B. E. & Lins, A. C. A. A.(2020). Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(2), 1-15.
- Tachibana, M. (2011). *Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida*. Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP
- Taguchi, M. C., & Pio, D. A. M. (2014). Uma leitura psicanalítica da vivência da maternidade nos casos de aborto e prematuridade. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(2), 56-61.
- Teodózio, A.M., Barth, M.C., Wendland, J., & D.C. (2020). Particularidades do luto materno decorrente de perda gestacional: estudo qualitativo. *Revista Subjetividades*, 20(2), 1-14.
- Vidal, M. (2010). Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 3185-3190.
- Winnicott, D. W. (1975). O lugar em que vivemos. In: \_\_\_\_\_. *O brincar e a realidade* (pp. 165-174). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: \_\_\_\_\_. *O brincar e a realidade* (pp. 10-47). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953)

- Winnicott, D.W. (1983a). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: \_\_\_\_\_ . *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 207-217). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D.W. (1983b). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: \_\_\_\_\_ . *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 70-78). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1993). A preocupação materna primária. In: \_\_\_\_\_ *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.491-498). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956)
- Winnicott, D. W. (1993). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: \_\_\_\_\_ *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 316-331). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1951).
- Winnicott, D. W. (1994). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: \_\_\_\_\_. *Os bebês e suas mães* (pp. 79-92). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).
- Winnicott, D.W. (1994). A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In: \_\_\_\_\_. *Os bebês e suas mães* (pp.61-72). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957).