



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MATERNIDADE ESCOLA  
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL À  
SAÚDE MATERNO-INFANTIL**



**LIGIA MARIA DE LIMA PINHEIRO BRAZ**

**O LUTO PERINATAL E AS CONSEQUÊNCIAS  
PARA FILHOS SUBSEQUENTES**

**Rio de Janeiro**

**2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE MATERNIDADE ESCOLA**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

**LIGIA MARIA DE LIMA PINHEIRO BRAZ**

<http://lattes.cnpq.br/8185296254077820>

**O LUTO PERINATAL E AS CONSEQUÊNCIAS**  
**PARA OS FILHOS SUBSEQUENTES**

Monografia de finalização do Curso de Especialização em nível de Pós-graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para obtenção de título: Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientador: Dr. Ivo Basílio da Costa Júnior  
<http://lattes.cnpq.br/4804960509016697>

Coorientadora: Dr<sup>a</sup>. Christiane da Mota Zeitoune  
<http://lattes.cnpq.br/8746224368154736>

**Rio de Janeiro**

**2019**

B7395 Braz, Ligia Maria De Lima Pinheiro

O luto perinatal e as consequências para os filhos subsequentes/ Ligia Maria De Lima Pinheiro Braz -- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2019.

32 f.; 31 cm.

Orientador: Ivo Basílio da Costa Junior

Co-orientador: Christiane da Mota Zeitoune

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Materno-Infantil) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Atenção Integral à Saúde Materno Infantil, 2019.

Referências bibliográficas: f. 30

1. Luto 2. Natimorto. 3. Óbito Fetal4.Saúde Materno Infantil – Monografia. I.Da Costa Junior, Ivo Basílio. II. Zeitoune, Christiane da Mota. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, AISMI. IV.Título.



## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu estimado orientador, Professor Dr. Ivo Basílio da Costa Júnior, pelo apoio, conhecimento, sabedoria, humildade e exemplo a ser seguido nos caminhos do saber.

A minha querida coorientadora, Professora Dra. Christiane da Mota Zeitoune, por sua inestimável ajuda e compreensão nos momentos de sufoco.

Aos queridos e carinhosos mestres Dra. Marisa Schargel Maia e Dr. Marcus Renato de Carvalho, pelo aprendizado e intenso convívio acadêmico ao longo de toda a jornada no Curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Ao meu esposo Lincoln e meus filhos Guilherme e Gustavo, por terem paciência, compreensão e principalmente aturarem minhas “chatices” ao longo deste trajeto fascinante da pesquisa.

*“Death is not the greatest loss in life. The greatest  
loss is what dies inside us while we live.”  
(Norman Cousins)*

## RESUMO

Este trabalho visa refletir sobre o luto perinatal e possíveis consequências desta perda para os filhos subsequentes. Por se tratar de um levantamento bibliográfico narrativo, foi efetuada busca nas bases de dados Google Acadêmico, Scielo, bem como leitura de livros pertinentes ao tema, que pudessem esclarecer os questionamentos iniciais da pesquisa. Foram identificados durante a pesquisa bibliográfica poucos estudos nacionais sobre o assunto, ao contrário de pesquisas internacionais, onde se verificou um número maior de trabalhos. A partir do conteúdo pesquisado, pode-se refletir como se dá a elaboração do luto materno, a expectativa de uma nova gestação e compreender a dinâmica entre eles, para o investimento emocional no novo bebê. Ainda que haja divergência entre os autores no tocante às consequências do luto perinatal nos filhos subsequentes, um ponto em comum identificado é a necessidade do acompanhamento psicológico da mãe, posteriormente ao falecimento do bebê, para uma elaboração do luto saudável.

**Palavras-Chave:** Luto. Natimorto. Óbito fetal.

## **ABSTRACT**

This study aims to reflect on perinatal grief and possible consequences of this loss for subsequent children. As it was a narrative bibliographical survey, a search was made in the Google Academic, Scielo databases, as well as the reading of books pertinent to the subject, that could justify the initial questions of the research. Few national studies were identified during the bibliographic research, in contrast to international studies, where a greater number of papers were found. From the studies found in the research, one can reflect how the elaboration of the maternal mourning, the expectation of a new gestation and understand the dynamics among them, for the emotional investment in the new baby. Although there is a divergence between the authors regarding the consequences of perinatal mourning in the subsequent children, a common point was identified, which is the need for the mother's psychological follow-up after the baby's death, for the elaboration of healthy grief.

**Keywords:** Mourning. Stillbirth. Fetal Death.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>10</b>
1.1.1	Objetivo Geral .....	10
1.1.2	Objetivos Específicos .....	10
<b>1.2</b>	<b>Justificativa .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>Aspectos da Gravidez.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>Entendendo o Luto .....</b>	<b>13</b>
<b>2.3</b>	<b>O Luto Perinatal.....</b>	<b>16</b>
<b>2.4</b>	<b>Consequências do Luto Perinatal para o filho subsequente.....</b>	<b>20</b>
2.4.1	Estudo de casos encontrados na Revisão de Bibliografia .....	21
<b>2.5</b>	<b>Profissionais de Saúde e O Luto Perinatal.....</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A sociedade vem demonstrando atualizações em diversas áreas e segmentos da vida, e com o tema morte e luto, não seria diferente. O ser humano vem se adaptando a esta temática de forma a encobrir a realidade de finitude, e a ciência vem trabalhando incessantemente para prolongar a vida daqueles que estão adoecidos. E, se antes a morte era vista como algo natural, agora ela é temida e/ou posta de lado.

Essas variações não se dão apenas com a passagem das gerações, mas também, e significativamente, diferem culturalmente. A forma como o indivíduo lida com a morte vai ser diversa de acordo com a cultura na qual ele está inserido. Essa forma exposta acima, de lidar com a finitude da vida com temor e negação é própria da cultura ocidental.

Os sentimentos negativos expressos pelos homens em relação à morte podem ser aumentados ou minimizados pelo sistema cultural em que se insere. A “luta” contra a doença e a descrição comum da morte como ter “perdido a batalha” refletem uma noção moderna da morte. As sociedades contemporâneas têm cada vez mais dificuldades em pensar a questão da morte e do morrer em seus aspectos de processo e em suas múltiplas significações. Essa visão implica que a morte é injustificada ou inesperada, sendo concebida pelos profissionais de saúde como uma falha dos esforços em manter a vida (GELLIE *et al.*, 2015; NEGRINI, 2014 *apud* MACHADO, 2016, p. 93).

A perda de um ente querido é sempre algo doloroso e em diversas esferas da vida, pode tornar-se incapacitante, fazendo com que o enlutado sofra ao extremo, e tenha muita dificuldade de ressignificar o lugar do falecido em seu cotidiano. Todavia, a perda de um filho pode ser mais intensa em comparação à outra pessoa de grande estima (FREITAS, 2000).

Quando a perda acontece antes do nascimento, é gerado nos pais, grande pesar, geralmente recaindo sobre a mãe maior impacto desta perda, uma vez que é ela quem sofre todos os procedimentos médicos, afetando seu corpo e eliminando os aspectos que demonstram sua gravidez, tal qual o alongamento da barriga. Neste contexto a mulher inicia o desenvolvimento do luto simbólico pelo bebê perdido, pelos sonhos e idealizações feitas durante a gestação e todo o planejamento feito pelo casal, com o óbito fetal, fica adiado. (LE MOS; CUNHA, 2015)

Ainda para Lemos e Cunha (2015) a gravidez geralmente traz consigo, modificações bruscas que impactam consideravelmente a mulher, onde requer adaptação por parte desta às mudanças físicas, hormonais, metabólicas e psicológicas. Sua *psiquê* trabalha na aceitação da gravidez, no sentido de elaborar as transformações corporais, a ideia da vinda de um novo membro à família, o espaço simbólico em que esse bebê ocupará no cotidiano familiar e o desenvolvimento no campo dos afetos para o acolhimento deste filho.

Atentando aos fenômenos mencionados frente à gestação, a morte de um bebê torna-se demasiadamente complexa, sendo de grande importância a investigação de como esta perda afeta a mãe. É imprescindível o entendimento sobre os temas morte e luto na investigação, a fim de contribuir na prática do atendimento e amparo de ordem física e emocional da mulher e familiares enlutados.

O que motivou o desenvolvimento deste trabalho foi a observação dos novos movimentos de mães que perderam seus bebês e passaram a nomear os filhos subsequentes de “bebês arco-íris”, ou seja, aqueles que vêm para preencher o vazio da perda e colorir o seu mundo materno (EMOCIONANTE, 2019). O bebê arco-íris é uma nova nomenclatura que vem sendo utilizada em blogs e sites de ajuda para mulheres que perderam seus bebês precocemente e tiveram nova gestação. Essas mesmas mães se automeiam de mães de anjo.

Vejamos: “Os bebês arco-íris são crianças que nascem de uma mãe que sofreu anteriormente um aborto espontâneo ou que teve um filho morto prematuramente. E, assim como um arco-íris, eles são àquela luz colorida de esperança após uma cinzenta tempestade” (EMOCIONANTE, 2019).

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

A presente pesquisa visa refletir sobre o luto perinatal e sua relação com a possível consequência para filhos subsequentes.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Refletir sobre as perdas perinatais, tais como abortamento, natimortos e mortes neonatais e os efeitos destas na mãe e nos filhos subsequentes;
- ✓ Estudar se o filho advindo após uma perda perinatal pode ser colocado no patamar de filho substituto;

## **1.2 Justificativa**

O presente trabalho pretende auxiliar nas ações e políticas públicas de promoção à saúde e prevenção de possíveis transtornos psicológicos, contribuindo para que profissionais de saúde possam acolher de forma humanizada as mães que venham a perder seus bebês.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Aspectos da Gravidez

No decorrer da vida da mulher, surgem períodos de crise que são apresentados a partir de fases do desenvolvimento natural feminino, tais como a chegada da menarca na adolescência, a gravidez e o climatério, com marcadores biológicos e alterações metabólicas importantes, trazendo uma instabilidade temporária, seguida de mudanças significativas e demarcada por novos papéis sociais:

A teoria da crise foi elaborada por G. Caplan e sua equipe na unidade de Harvard. Crise pode ser definida como um período temporário de desorganização do funcionamento de um sistema aberto, precipitado por circunstâncias que transitoriamente ultrapassam as capacidades do sistema, para adaptar-se interna e externamente. Crise pode ser definida de forma mais simples como uma perturbação temporária de um estado de equilíbrio (MALDONADO, p. 27, 2017).

A gravidez é um momento que, embora faça parte do desenvolvimento humano, apresenta aspectos emocionais de grandes mudanças, que requerem adaptações desta mulher, no sentido de absorção de novos papéis a serem desempenhados, impactando a sua identidade. Com a vinda do primeiro filho, esta mãe, além de ser filha, recebe o novo papel social: o da maternidade (MALDONADO, 2017).

O ato de gestar pode ser elemento de transição, que tanto pode levar ao amadurecimento e equilíbrio, como também pode apresentar inclinações patológicas devido às enormes mudanças no corpo, nas responsabilidades, no papel social e no cotidiano. Logo, pode alterar o vínculo com o bebê. Quando este elo consegue romper as barreiras da simbiose, a mãe passa a compreender que seu filho é um indivíduo dissociado dela, com suas características e seus cuidados se apresentarão em níveis saudáveis (MALDONADO, 2017).

Para a Biologia, simbiose é a associação íntima e funcional entre dois organismos onde existe algum tipo de aproveitamento para ambos (SIMBIOSE, 2016).

O termo foi adotado em analogia pela Psicanálise, para demonstrar o vínculo entre mãe e filho, sendo essa relação simbiótica, parte integrante do desenvolvimento infantil saudável que pode ter formas patológicas de apresentação:

Pode-se perceber que durante a fase simbiótica normal, o bebê é realmente dependente da mãe, porém o mesmo não ocorre inversamente, o que não chega a ser o conceito biológico propriamente dito, porém aproxima-se da situação patológica na medida em que ocorre uma fusão entre os dois. O vínculo simbiótico patológico se caracteriza pela fusão onipotente, psicossomática ou ilusória entre mãe e filho, sendo que não há a representação internalizada de limites comuns dos dois

indivíduos de modo real e fisicamente separados (KLUMPP, BARONE; ANDRADE, 2017, p. 95).

Na inclinação patológica, dentro desta relação, existe a fantasia do preenchimento das lacunas e necessidades neuróticas da mãe, podendo prejudicar a interação materno-infantil, sendo extremamente difícil para a mãe deixar a “conduta simbiótica protetora” (MALDONADO, 2017; MAHLER, 1982).

Conforme Stern (1997), a gestação promove novas configurações psicológicas, que provocam na mulher mudanças expressivas, estabelecendo inclinações que afetam os campos das fantasias, dos desejos, do medo e de sua sensibilidade, e possivelmente pode colocar em segundo plano os papéis por ela desempenhados anteriormente. Para o autor, estas transformações têm como resultado a “constelação psíquica”, que pode ser transitória ou perdurar por anos.

De acordo com Fleck (2011), a parentalidade vem sendo estudada por autores da psicanálise, em particular a relação das mães consigo mesmas e os bebês, bem como a dinâmica entre eles, no sentido de compreender as representações que esta interação apresenta. Tais aspectos transportam consigo fantasias, atribuições, deturpações e diversas construções do sujeito, que podem ou não ser aprimoradas frente ao bebê real.

Para a sociedade, a maternidade traz em seu cerne representações de vida, alegria e sentimento de continuidade. Entretanto, esta ideia torna-se contraditória frente à perda gravídico-puerperal (MUZA, 2013).

## **2.2 Entendendo o Luto**

Para Kovacs (1992), desde o início dos tempos, o tema morte tem o poder de gerar na humanidade sentimentos que se alternam desde medo ou horror, ao deslumbramento, e que inspiram, tanto o homem comum, como também os poetas e artistas. Inclusive, diversas culturas demonstraram o seu saber pela morte, por meio de registros, onde relataram essa perda como sendo o final de tudo, ou seja, algo que traduz não só uma degeneração, como também um transporte para outro mundo, ou início de tudo.

Quando voltamos no tempo e estudamos outros momentos da nossa história, com suas diversas culturas, temos a percepção de reações negativas frente à morte. Logo, a tendência é rejeitar este fato, o qual é inevitável (KÜBLER-ROSS, 2017).

De acordo com Caputo (2008) o decurso do luto foi sofrendo modificações com o passar dos anos, apresentando diversas manifestações dependendo da região e da cultura. A morte desde os primórdios até os dias atuais nos remete a dúvidas e mistérios, de tal maneira que na antiguidade algumas religiões e sociedades cuidavam do corpo do falecido de diferentes formas. Na Mesopotâmia o corpo era enterrado com seus pertences pessoais desde alimentos preferidos até roupas. Era um ritual familiar significativo. Já a cultura grega os corpos eram cremados. A sociedade ocidental compartilha com a sociedade grega, o judaísmo e o cristianismo, as bases que permeiam a morte, motivando as mudanças provocadas ao longo do tempo sobre esta temática.

Na era medieval, a morte possuía um status doméstico, caseiro, ou seja, o sujeito que tão logo percebesse a aproximação de seu fim iniciava um processo de despedida, elaborando um ritual em sua casa, viabilizando a visita de parentes, amigos e vizinhos, antes de falecer. Esse ritual era completamente inclusivo, permitindo que até as crianças participassem de todo o processo. O cadáver não tinha cova própria, sendo jogado em valas comuns a outros corpos, denominados sudários. A morte era considerada um fenômeno natural (KOVÁCS, 1992).

Doravante o século XX, a morte perde seu status de evento caseiro, passa a ser algo menos íntimo e familiar. Se antes era considerada natural, agora passa a ser um desafio para a medicina, com intuito de descobrir uma forma de prolongar a vida, evitando a finitude. Quando é impossível salvar a vida, a morte é vista como um fracasso.

O local da morte, também sofre transformações ao longo do tempo, mudando o cenário que outrora era doméstico; atualmente ocupa um novo local, os hospitais, onde são confiados todo o sofrimento, sentimentos e o processo de luto. Crianças já não participam ativamente dos funerais, onde são limitadas as informações sobre o falecimento. Devido ao senso comum, os familiares acreditam estar poupando o infante do sofrimento pela perda, o que pode gerar uma grande confusão diante de todo esse processo (TAVERNA; SOUZA, 2014). A mudança ambiental para a morte, da casa para o hospital, apresenta como consequência a dificuldade de adaptação à perda tanto para a pessoa hospitalizada, quanto para as pessoas vinculadas ao doente, uma vez que se deixou de confrontar a morte diretamente (MELO, 2004).

Todo ser humano diz saber que a morte um dia virá para todos. Mas, de algum modo, esta é encarada como algo distante e no íntimo do indivíduo, carrega consigo a fantasia de imortalidade do corpo físico, posto que há um compromisso com a vida, ficando dispensável pensar na própria morte, onde esta vem para o outro e nunca para si e os seus. De acordo com Freitas (2000, p.21):

É mais fácil aceitar a morte do outro e valorizá-la como Herói: por ele chora e lamenta a sociedade inteira. [...] O que o homem busca, no sistema de heróis, é algo mágico: a negação da sua mortalidade. Criar super-homens pode levar à aquisição de status de valor cósmico, de sentido imortal e inabalável.

A morte traz consigo sentimentos avassaladores de tristeza, desamparo e lamentação, tendo como consequência o luto. A origem da palavra luto vem do Latim, *luctus*, cuja tradução em português se dá pelas palavras dor, aflição e pesar. O luto é um processo advindo da perda, seja ela de um ente querido, ou de um objeto com atribuição sentimental, e acarreta atitudes, pensamentos e emoções de configuração individual e/ou coletiva (MEIRELES; LIMA, 2016; KOVÁCS, 1992).

O processo de perda e luto pode se manifestar na forma de angústia na fase adulta e apresentar conflitos, ainda que o sujeito tenha passado por períodos anteriores, que possam ter ajudado na compreensão de como o luto funciona. De acordo com Bowlby (1998), o indivíduo sofre pela perda de forma ambivalente, já que se compadece do sofrimento ou perda do outro, e ao mesmo tempo quando vivencia a finitude.

Desta forma, o ser humano inicia um processo de criação de mecanismos de defesa tais como a negação, repressão, intelectualização, deslocamento, a fim de fugir dos pensamentos que produzem a angústia (MEIRELES; LIMA, 2016).

De acordo com os estudos de Kübler-Ross (2017) foram identificadas as fases do luto denominadas por: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação como fases importantes e necessárias para a elaboração do luto. O enlutado, não necessariamente seguirá a sequência proposta e até mesmo talvez não passe por todas elas, a ver:

A autora apresenta a negação como primeiro estágio onde o indivíduo se expõe a situações irreversíveis, reconhece essas situações e nega o fato. É caracterizado por uma reação natural. Esse comportamento inicialmente ajudará a pessoa a percorrer pelo sofrimento utilizando seus mecanismos naturais como discordar, divagar e investigar uma explicação que enfrente a realidade ou o acontecimento em si para minimizar sua dor.

A raiva é apresentada como o segundo estágio do luto. Tendo em vista que o indivíduo percebe que a reação de negação já não é mais sustentável ela é alterada pela raiva. Tal sentimento origina-se de uma decepção que é sustentada pelo pensamento de impotência, quando nada poderia ser feito para prevenir a morte de uma pessoa próxima ou um ente querido.

Ao se deparar com a perda, encontra-se o sentimento de desamparo e inabilidade de prosseguir a vida sem o falecido e, desta forma, surge a raiva. É uma sensação confusa,



alterada e violenta para o próximo e para si. Anuncia-se de forma agressiva, transferindo sua frustração perante a impossibilidade e instabilidade (WORDEN, 1998).

Logo após a raiva, para atribuir ao enfrentamento da morte é apresentada como barganha como terceiro estágio. Busca-se nesta fase realizar um ajuste para alongar a vida, normalmente esse ajuste é feito com Deus ou consigo mesmo. São feitas promessas voltadas para uma melhoria de vida, se retificar com os seus erros ou então, dedicar-se a uma prática que seja digna e faça jus ao prolongamento de suas vidas.

Prosseguindo para a depressão, o quarto estágio, a morte torna-se uma realidade mais próxima e sem volta. As experiências com negar, estar com raiva e barganhar já não são capazes de anular a morte, que ocasiona uma situação de profundo e intenso culpar com prostração. Neste momento doloroso, o indivíduo sente-se como um grande vazio interior.

No entanto, cabe a nós o dever de nos conformarmos com a morte do ente querido, o que caracteriza o quinto estágio, fase esclarecedora a respeito da lógica do fim. Algumas expressões como calma, superação ou fraqueza por lutar durante um tempo prolongado contra a morte, são associadas a este momento. As ações encontradas nesta fase vão percorrer entre um sentimento de tranquilidade e uma escolha de manter-se só: “A psicologia entende que para dissipar a dor psíquica de uma perda, é necessário que ela seja dita, vivida, sentida, refletida e elaborada, mas nunca negada” (GESTEIRA; BARBOS; ENDO, 2006, p. 465).

Há um sofrimento pela perda do objeto amado, que é inegável, como também há a perda de parte do ego projetado neste objeto. Contudo, no processo de luto normal, o ego faz um enorme esforço para se reconectar com a realidade, deixar o objeto perdido partir e estabelecer um vínculo com os pontos positivos do mesmo (FREITAS, 2000).

### **2.3 O Luto Perinatal**

Vejamos qual é a definição de morte fetal, de acordo com a Organização mundial da saúde (OMS):

É 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. 25).

E ainda, de acordo com a OMS, a definição de período perinatal, *verbis*:

O período perinatal começa em 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação e termina aos 7 dias completos após o nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (período natal precoce). Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais. Para efeito de comparação internacional a OMS/CID-10 utiliza a mortalidade fetal tardia que considera os fetos acima de 28 semanas de gestação. Estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou nascendo vivo, morrer na primeira semana (BRASIL, 2009, p. 21).

Para Santos (2015) o período perinatal compreende a 20<sup>a</sup> semana de gestação até os primeiros 7 dias de vida, contudo esse período pode se estender em uma linha temporal desde a fecundação até os primeiros 28 dias de nascido.

No que diz respeito ao âmbito afetivo, a morte fetal, pode desencadear o processo de luto, a partir da perda de todos os planos feitos para o bebê, que seriam realizados no decorrer da vida e do sentimento de plenitude que a gravidez proporciona (RIOS; SANTOS; DELL'AGLIO, 2016).

Na literatura podemos encontrar autores que afirmam que o processo de luto geralmente é semelhante, às perdas de entes queridos. Mas quando a morte acomete um filho, a dor da perda torna-se mais intensa, pois se rompe o processo esperado pela mãe, no qual ela acredita em uma ordem natural do morrer. Com a morte do filho, vão seus sonhos, expectativas de seu ego projetadas e sua esperança (FREITAS, 2000; MUZA, 2013; SANTOS, 2015).

A perda do filho não é a única perda com que os pais têm de lidar. Os pais enlutados têm de lidar com a perda do filho real e amado, mas também, com a perda de autoestima (provocado pelo sentimento de fracasso relativamente à proteção que deveriam ser capazes de dar aos seus filhos), a perda de estatuto enquanto pais, a perda existencial (como uma dimensão de continuidade intimamente ligada aos filhos) e a perda do futuro que ambicionaram e imaginaram para o filho (PINA CABRAL, 2005 *apud* SANTOS, 2015. p. 11).

No cenário das perdas no período gestacional, entende-se que o período de vínculo e intenso contato não existem. De tal maneira, o reconhecimento paternal não é firmado, uma vez que o bebê recém-nascido não consegue permanecer o tempo esperado junto à família. As memórias não são existentes e a identidade enquanto pais se torna vaga e caótica (SANTOS, 2015).

O luto materno, por perda precoce e repentina de seu bebê, pode prejudicar a mãe no campo dos afetos, na parte da cognição e de seu comportamento, intensificando seu sofrimento emocional, dificultando as relações interpessoais. Há um afrouxamento dos laços das diversas conexões desta mulher com o mundo. Dessa maneira, para a mãe enlutada, não se perdeu somente o filho, como também toda uma vida sonhada com ele, dificultando qualquer tipo de planejamento e projeções de futuro após a perda que é não só a perda e o luto

pelo ente querido, mas também de todos os desejos, planos e investimento libidinal dessa mãe frente a esse bebê (LOPES *et al.*, 2017).

Quando ocorre o luto materno perinatal devido à morte fetal ou de um recém-nascido, a elaboração deste se apresenta de modo deficitário, uma vez que a sociedade trata do assunto como algo a ser evitado, de forma a negar o acontecido, ou de maneira racional a fim de evitar a angústia daquele que recebe a notícia, provocando nos pais sentimentos e interpretações perturbadoras (MUZA, 2013).

Segundo Santos (2015), todo o processo de luto por perda no período gestacional se assemelha ao processo de luto normal, contudo, encontramos peculiaridades que se dispõem em cinco etapas, a ver:

A primeira dessas etapas é identificada com a dificuldade em demonstrar sentimentos, mais conhecida como o embotamento emocional e a negação. Tais aspectos tem maior influência sobre o luto quando o falecimento se dá durante o parto ou em fase tardia da gravidez.

A segunda etapa dá-se pelo domínio dos sentimentos de raiva e culpa, sendo proeminentes pensamentos maternos acerca de se ter causado e cooperado para a morte do bebê.

Em sua terceira etapa, a inveja e o ciúme pelas outras mães que estão grávidas ou que tiveram bebês recentemente são preponderantes. Nesta etapa existe uma extrema evitação de confronto com estas situações.

Na quarta etapa, a mulher encontra-se em um dubio pensamento. É período em que o seu ciclo menstrual se reapresenta e a leva a confirmação das chances de uma nova gravidez, em contrapartida, as tentativas falhas de fecundação leva a mulher a considerar a menstruação como um revés, trazendo à mente a infelicidade da perda do filho.

Em alguns casos, existe uma quinta etapa caracterizada pelo sucesso na fecundação, o que leva a mãe ao sentimento de substituição de bebês, onde somente o nascimento de uma criança saudável a levará a distanciar-se do processo de luto.

Seguindo a linha de raciocínio de Oishi (2014) e Parkes (1998) diante a perda repentina de um bebê busca-se incessantemente algo que justifique esta perda, associada ao sentimento de fracasso e impotência desta mãe em conseguir gerar ou manter seu filho vivo. Segundo Peppers e Knapp (1980) conforme citado por Parkes (1998, p. 158) “suspeitam que ‘a sombra do luto’ continue a perseguir algumas mães, de tempo em tempo, pelo resto da vida”.

Podemos também pensar na dificuldade de elaboração do luto diante da falta de uma vivência materializada com o bebê, ou seja, a morte de desejos e promessas de vivências. Segundo Muza *et al.*, (2013) a estruturação do vínculo da mãe com o bebê deve acontecer durante a gestação, para que se criem ferramentas que sedimentem a vinculação com o filho. Contudo quando este bebê morre, a mãe deseja que todos reconheçam sua perda, ao mesmo tempo em que as pessoas ao seu redor encontram dificuldades em compreender o que ela perdeu. De acordo com Duarte e Turato (2009, p. 487) mencionado por Muza *et al.*, (2013, p. 36)

a construção de vínculos afetivos fortes e de recordações de convivência mútua fica impossibilitada, uma vez que lembranças não podem ser evocadas posteriormente e a ausência da criança é profundamente sentida, como se fosse retirada parte do corpo. Essa ausência de lembranças também pode trazer a sensação de que a criança foi alguém que não existiu.

Nos Estados Unidos da América a frequência de bebês natimortos é aproximadamente 26.000 por ano, e este fato é reconhecido como um problema de saúde pública ignorado pelo país, trazendo consigo sofrimento aos pais e familiares, bem como um grande estresse na equipe de saúde, que também é atingida e também experimenta uma forma de luto (HUBERTY *et al.*, 2017). “Dessa forma, percebe-se que os profissionais da saúde também se envolvem com os pacientes e comumente sofrem ao vivenciar ou mesmo perspectivar a morte de quem cuidam” (MACHADO, 2016, p. 96).

As respostas da gestante frente à morte de seu bebê podem incluir sintomas depressivos e estresse pós-traumático, demonstrando sintomas de tristeza, ansiedade, ideação suicida, embotamento afetivo, raiva, culpa e vergonha. Constatou-se no estudo destas autoras, que mulheres cujos bebês nasceram mortos, têm a possibilidade de desenvolver quatro vezes mais transtorno depressivo maior e seis vezes mais transtorno de estresse pós-traumático em relação às mulheres com bebês nascidos vivos (HUBERTY *et al.*, 2017).

No contexto deste trabalho torna-se indispensável citar o sentido de projeção de acordo com a psicanálise para se considerar a possibilidade das possíveis consequências nos filhos subsequentes. Para Iaconelli (2007, p. 617) “o objeto vai sendo investido libidinalmente a partir deste lugar de projeções e identificações. O narcisismo materno engloba o objeto para depois, com a chegada do bebê, ir fazendo o luto da fantasia”.

Para Freud (2006), a projeção é um mecanismo de defesa, na qual o sujeito encontra uma forma de purgar seus conteúdos inconscientes no mundo exterior, visto que os assumir vem a ser tarefa de difícil execução, por ser fonte geradora de angústia e dor.

Esta projeção também é abordada por Freud (*apud* PINTO, 2014, p. 140). Senão vejamos:

O desdobramento do termo ganha um contorno definitivo em Totem e tabu. Mitos e tabus contêm fantasias que seriam projeções do psiquismo. O "deslocamento para fora", o qual é a essência da projeção, mescla-se à atribuição de qualidades ao objeto externo. Algumas vezes, as fantasias são carregadas de afetos negativos e inconscientes, como nas projeções que criam o mito dos demônios e fantasmas. Outras vezes, as projeções carregam fantasias positivas — benéficas e bondosas —, gerando mitos de deuses, anjos e entidades protetoras. E, neste texto, finalmente a projeção sofre o último processo de libertação. Enquanto mecanismo de defesa, para solucionar conflitos, a projeção é inconsciente; porém, Freud (1913/1948) entende que algumas vezes as fantasias projetadas para o exterior podem ser conscientes.

De acordo com Parkes (1998) embora as pesquisas não sejam satisfatórias devido ao baixo número de prontuários, para ele não resta dúvida de que a perda de um filho pode acarretar transtornos psicológicos. Em seu livro, ele aborda condutas altamente impactantes e incapacitantes em mães que perderam seus filhos ainda pequenos. O autor relata “choro e luto persistente em pais enlutados” e uma prevalência maior nesta perda em mulheres. Outro fator designado pelo autor como dificultador no processo de luto é a morte de bebês sem causa predefinida. Há uma demanda na busca do real culpado pela morte do infante.

O luto perinatal pode afetar profundamente o entendimento que a mulher tem de seu papel feminino, de acordo com construção social de papéis de gênero, que passa a ter uma nuance de inadequação e sentimento de incompetência, de ineficiência, atravessando e minando sua autoestima, sua capacidade maternal e sua feminilidade (MUZA *et al.*, 2013).

Vários sentimentos podem surgir diante dessa situação, desde culpa, tristeza até raiva e hostilidade. É importante destacar que o intenso sofrimento psíquico diante da perda do bebê (real ou imaginário) pode abrir caminhos para estados depressivos, caracterizados pelo desejo de morrer, como meio de unir-se ao objeto do amor perdido (MUZA, *et al.*, 2013, p. 41).

## **2.4 Consequências do Luto Perinatal para o filho subsequente**

De acordo com Lemos e Cunha (2015) a mulher no processo de gravidez após perdas gestacionais anteriores, empenha grandes energias para a manutenção de sua saúde psíquica e física, podendo tantos esforços, se desdobrarem em níveis de ansiedade elevados, baixa autoestima e sentimentos incapacitantes frente à maternidade e reprodução.

O luto parental faz parte de um processo de luto familiar que afeta todos os subsistemas deste grupo, sendo também afetado por eles e por si é um fator complicador do processo de luto.

A ameaça básica que paira sobre a função parental pode gerar consequências drásticas, como inabilidade provisória ou permanente para o exercício dessa função ou ainda um isolamento social irrestrito e de duração indeterminada. Sob a perspectiva parental, não existe uma idade menos traumática para a morte de um

filho, e estudos da área apontam que sentimentos como frustração, decepção, revolta, tristeza, culpa e choro são comuns aos pais e familiares (MUZA *et al.*, 2013 p. 36-37).

#### 2.4.1 Estudo de Casos encontrados na Revisão de Bibliografia

Para compreender possíveis consequências aos filhos subsequentes à perda perinatal anterior, foi realizada busca por pesquisas com relatos de experiência, a ver:

A partir do relato de caso de Keating e Seabra (1994) uma mãe que perdera sua filha por malformação congênita e um ano depois precisou de acompanhamento psicológico por estar grávida novamente, demonstrou dificuldades frente à perda de sua tão sonhada bebê Manuela, bem como descrença na equipe do hospital, já que havia deslocado a culpa nos médicos e ignorado a real situação que levava ao falecimento de sua menina, alegando que antes do funeral sua filha “era tão perfeitinha”. No início do acompanhamento, relutou em entender os verdadeiros motivos do falecimento do bebê anterior, negando-se a elaborar o luto.

Quando descobriu que carregava no ventre um menino, pode chorar a perda de Manuela e começar a investir seus desejos na nova gestação e confessou que pensou em substituir magicamente a bebê perdida pela nova, inclusive dando o nome da falecida. Contudo quando seu filho nasceu, recebeu o nome de Pedro Manuel.

O risco neste tipo de situações é o de esta criança não poder ser investida afetivamente pela mãe como um ser diferente da criança perdida e ser-lhe continuamente exigido de modo inconsciente ou não, que confirme as expectativas e a idealização formuladas sobre a criança morta (KEATING; SEABRA, 1994, p. 293).

Para as autoras Keating e Seabra (1994) a dificuldade na identificação da criança que nasce após perda perinatal anterior, leva o nome de “identidade de percepção” onde não há a dissociação entre a criança viva e a morta, tal qual gêmeos ou como se fossem a mesma pessoa, ou seja, a criança viva representa a continuação da criança falecida. Outro termo também utilizado por elas é a identidade de representação, onde há a comparação a partir da semelhança e atributos do bebê vivo com o bebê falecido. Contudo pode-se perceber a diferenciação entre ambos os bebês, auxiliando na elaboração do luto, mas o processo deste pode ser penoso, levando a mãe a confundir os filhos, dificultando a interação, podendo causar danos físicos e psicológicos no bebê vivo.

No estudo de caso de Vidal (2008), depois de duas tentativas e duas perdas, a mãe relatada na pesquisa, entrou em um novo processo gestacional, o que a guiou novamente para as suas experiências negativas do passado. De mesmo modo, tais sentimentos e traumas foram preenchidos pelo involuntário pensamento de substituição e equivalência materna. O bebê continuou sendo acompanhado pela pesquisadora por alguns meses em domicílio e o que pode ser observado por ela foi a total descrença da mãe no desenvolvimento saudável de seu filho, sempre fazendo referência ao futuro dele, em locais para tratamento, como se ele tivesse algum dano que o impedisse de se desenvolver plenamente. Todavia essa crença pareceu infundada, visto que os médicos garantiram sua condição saudável. Havia sempre a comparação com a última filha perdida, que pela sua descrição era “grande e bonita” e o bebê sobrevivente era pequeno e aparentava ser doente.

No caso em análise de Vidal (2008), o luto perinatal é computado às duas perdas anteriores da mãe em estudo, trazendo à tona duas síndromes as quais serão refletidas a seguir: a síndrome da criança de substituição e a síndrome da criança vulnerável.

A síndrome da “criança de substituição” foi descrita por Poznanski (1972) através de pesquisas com grupo familiares onde foram verificadas gestações após perda de crianças em fase de latência e adolescentes. Consiste na expectativa dos pais de que a criança subsequente substitua e/ou imite o irmão morto, o que resultaria na perda de sua identidade.

Fazendo um paralelo com a “Síndrome da Criança de substituição”, Santos (2015) cita em sua dissertação que o bebê advindo após perda perinatal anterior, cujo luto foi mal elaborado, pode assumir o papel de reparador da família e ser confundido com o bebê perdido, dificultando a construção de sua identidade.

A Síndrome da criança vulnerável, a partir da distorção maternal, proporciona comportamentos de excesso de proteção e hipervigilância no que diz respeito à saúde e segurança dos filhos nascidos após perda. Uma observação desses comportamentos aponta para as dificuldades emocionais e psíquicas ligadas aos processos de separação e individualização de seus filhos. Cria-se assim, um ciclo de ações onde o filho subsequente se torna objeto de consolo materno, incapacitando dessa forma o desenvolvimento pleno da criança e a inserção esperada no meio externo (VIDAL, 2008).

Em grande maioria, uma nova gravidez pode acontecer em torno de um ano após a perda perinatal anterior. E este movimento remonta um desejo de diminuição do fracasso maternal, como também a evitação da elaboração do luto (VIDAL, 2008).

“Na situação aqui tratada, o processo defensivo pode ser compreendido através de mecanismos de defesa que operam de forma inconsciente em relação à dor psíquica,

dificultando sua elaboração por meio de uma solução concreta, outra gravidez, outro filho” (VIDAL, 2008, p. 3188).

Vidal (2008) cita em sua pesquisa a publicação de Bourne e Lewis que estudaram a relação entre a perda perinatal pregressa e o filho subsequente e os casos foram analisados a partir de estudos a respeito de riscos psicológicos correlatos a distúrbios maternos. Foi identificado por eles que o nível de ansiedade no período gestacional cresceu em demasia na segunda gravidez, tal fenômeno é dado devido à ligação da mãe com os sentimentos de insucesso e culpa, que acabam por influenciar sua identidade materna e papéis a serem desempenhados.

Em um pensamento correspondente, as autoras retratam a importância de observar e intervir nos planos de uma gestação pós-perda. A relação entre o luto e a nova adaptação atrela-se a sintomas depressivos e ansiosos no papel maternal. Juntamente com tais fatores, encontramos a baixa expectativa no que se diz em questão a qualidade de vida do bebê, por isso a importância e necessidade de sensibilizar os pais sobre os malefícios do luto não autorizado (RIOS; SANTOS; DELL ÁGLIO, 2016).

Em contrapartida, o pensamento de Oishi (2014) nos traz à tona a correlação entre a pouca convivência dos pais com o bebê e a aceitação de sua morte, facilitando assim todo o processo do luto não autorizado, quando não existe tempo para validar de forma real e não ideal tal vínculo.

As mães enlutadas devem ser desencorajadas a tomar decisões importantes durante este processo, pela justificativa de fazê-las motivadas a fugirem da realidade da perda (RIOS; SANTOS; DELL ÁGLIO, 2016).

Atualmente na literatura é levantando o questionamento sobre o padrão de reações que precisam ser tanto entendidas como seguidas de forma comportamental diante da perda como uma resposta normal ou anormal sobre a morte. O “luto normal” ou “luto patológico” é entendido de forma singular, tendo formas e valores particulares, com relação direta a personalidade, história de vida, perdas passadas e suporte emocional de cada indivíduo. Isso nos leva a conclusão de que a imprevisibilidade sobre o processo do luto é unânime, levando em conta todos os aspectos externos e internos (LEMOS; CUNHA, 2015).

Sobre o luto fetal é de fundamental importância às análises de Casellato (2005). Segundo ela, tal perda é equivalente a uma perda ambígua. Onde não há muita clareza sobre o ente perdido e existe o questionamento se realmente existe alguma perda caracterizada. Perdas ambíguas são proeminentes de lutos não reconhecidos pela sociedade, o que induz a negação



por parte do enlutado, dando maior intensidade aos sentimentos de raiva, culpa, medo e vergonha em níveis psicológicos e patológicos.

Na pesquisa realizada por Warland, O'Leary e McCutcheon (2011), identificou-se que, longe de haver um impacto negativo por consequência de ser uma criança subsequente, todos os participantes do estudo forneceram uma imagem do bem-estar emocional. Eles estavam bem conscientes de sua história familiar, e todos estimaram a dor e a perda que seus pais haviam sofrido. No entanto, eles não achavam que isso tivesse impactado negativamente a vida deles. A maioria falava sobre efeitos positivos, incluindo sentir-se amado e especial por causa das circunstâncias que ocorreram antes do seu nascimento.

Mesmo aqueles que reconheceram que não nasceriam se seus irmãos vivessem, aceitaram isso e pareceram estar emocionalmente seguros e bem ajustados. Essas descobertas conflitam com a literatura publicada até hoje, que afirma que as crianças subsequentes sofrem uma série de sequelas psicológicas negativas, inclusive sendo vistas como substitutas e estarem sujeitas ao estilo parental superprotetor.

O fato de os participantes não apresentarem sentimentos de superproteção ou substituição, provavelmente ocorreu porque seus pais tinham feito todo o aconselhamento psicológico e/ou apoio de colegas nos primeiros anos após sua perda. Essa intervenção pôde tê-los ajudado a lidar adequadamente com sua perda, possibilitando cuidado saudável à criança subsequente. A comunicação aberta dentro da família sobre o histórico familiar, cujos pais revelando à criança subsequente que eles têm laços afetivos contínuos com a criança falecida é provavelmente importante.

Aqueles que cuidam das famílias que estão aguardando novos bebês e ou cuidando dos filhos após a perda perinatal devem encorajar os pais a realizarem alguma forma de terapia de suporte no período inicial após a perda. Além disso, devem encorajar os pais a compartilharem suas dores e falarem abertamente com seus filhos sobre a história de sua família, como os resultados deste estudo sugerem que é plausível que isso seja benéfico para as crianças subsequentes.

Um estudo qualitativo desenvolvido por Hamama-Raz, Rosenfeld e Buchbinder (2010) teve como objetivo examinar a vivência de pais que perderam seus filhos enquanto realizavam serviço militar no exército de Israel e decidiram ter um filho subsequente. Para esse estudo, foram entrevistados sete casais e três mães. O estudo evidenciou que o nascimento de um filho, após a perda anterior, remonta um novo significado na vida dos pais. Ainda que os pais entendessem sobre a importância de investir emocionalmente no filho

subsequente, a dor pela perda nunca cessa bem, assim como o stress pela vinda do novo filho. Entretanto, durante o experimento, tentaram entender o significado da perda.

Outro fator apresentado foi o medo da carga emocional do filho perdido no filho subsequente tal como uma sombra deste. Meramente pelo fato de eles pensarem no assunto já remonta a consciência de libertar o filho vivo das impressões do filho perdido através de assistência profissional e diálogos com o parceiro. Dessa forma, evitando comparações e percepções distorcidas da identidade do filho. Contrário aos resultados de estudos anteriores, esses pais podem sim proverem um desenvolvimento saudável aos filhos subsequentes, os libertando da responsabilidade de se assemelharem com os irmãos falecidos.

Já na pesquisa realizada por Séjourné *et al.* (2010) foi feito um experimento com 96 mulheres grávidas onde todas tiveram perda perinatal pregressa. Responderam um questionário que mediam sentimentos de luto perinatal, ansiedade, depressão, identificação com a maternidade e aceitação da gravidez, bem como apego perinatal. Nesta pesquisa também participou 74 mulheres grávidas sem experiência de perda perinatal. Foi identificado que as mulheres que sofreram esta perda demonstraram alto nível de sintomas de ansiedade, depressão e luto em comparação com o grupo de controle.

Então, concluiu-se que os resultados revelaram angústia psicológica acentuada durante a gestação após perda perinatal, ressaltando a necessidade indispensável de cuidados psicossociais e clínicos, sendo imprescindível o desenvolvimento progressivo até o nascimento da criança subsequente.

## **2.5 Profissionais de Saúde e o Luto Perinatal**

De acordo com Santos (2015) durante o processo da perda, é essencial que os multiprofissionais da área da saúde sejam prontamente informados e previamente treinados para enfrentarem tal situação da melhor maneira possível, amenizando assim os riscos de casos de natureza psicopatológica.

Ainda sobre a equipe multidisciplinar, Santos (2015) acrescenta:

O trabalho de luto junto aos profissionais da saúde divide-se em três fases. A primeira é em beneficência e auxílio aos pais no sentido da perda, convertendo o ideal em real. A segunda apoia-se na ideia preestabelecida e estudada de que as atitudes prováveis surgirão nesta etapa e se espera que o luto seja manifestado de forma não patológica. A terceira fase é

atrelada ao entendimento de que os pais são seres individuais e, portanto, existe a necessidade de o profissional estar prontamente apto para suporte em necessidades específicas.

Antes de tudo, é importante a identificação dos pais que possuem um maior risco no desenvolvimento do luto patológico. Tal diagnóstico deve ser fornecido através dos técnicos de saúde em prévio preparo.

O diálogo e contato imediato com os pais é outro agente de suma importância nos estágios do tratamento e identificação do luto. É necessário estar em constante interação, principalmente com a parte materna. Para a mãe, entender que ela não está sozinha, bem como manifestar empatia, compreensão e disponibilidade no atendimento e resposta aos questionamentos que podem e deverão surgir.

É relevante que exista na equipe um profissional com quem os pais possam entrar em contato posteriormente. O proceder específico da equipe em relação à morte do bebê logo após o fato é de extrema importância. Disponibilizar e incentivar os pais para que passem um tempo com o bebê é uma forma de prevenção dos sentimentos de arrependimento, o que poderá dificultar o processo de luto.

Ainda que haja o contato direto dos pais, é imprescindível o contato de outros familiares com o bebê, visto que eles necessitam de integração para que seu luto também seja elaborado da forma adequada. A maleabilidade também é dominante nesses acontecimentos, ou seja, que rituais ou alguns fundamentos espirituais sejam capazes de auxiliar na aceitação da perda do bebê. Comunicar-se é fundamental, bem como as atitudes.

Aos profissionais que acompanharam o processo da perda, não cabe desvalorizar o acontecido. É importante que haja uma comunicação de fácil entendimento, a fim de que, possa colaborar com o entendimento dos pais e seus familiares que recebem esta notícia.

A caracterização de memórias atribui-se ao indivíduo com uma dimensão acentuada, ou seja, possui um grande valor. Pertences pessoais voltados ao bebê estabelecem uma criação de memórias necessárias para que os pais sejam capazes de elaborar o processo de luto sem maiores dificuldades, conseqüentemente, é necessário compaixão para a entrega destes pertences aos pais.

É de suma importância que a equipe multiprofissional hospitalar esteja preparada para o processo de luto que a mãe vivenciará. Seguindo o mesmo pensamento, Parkes (1998, p. 165) complementa:

O caso de Joan não é raro, e os capelães de hospital agora reconhecem que devem oferecer um ritual e apoio emocional às mães que necessitarem. Peppers e Knapp (1980), que fizeram uma pesquisa com oitenta mulheres que tiveram abortos, verificaram que a maioria delas se queixava de não ter com quem falar sobre o que havia acontecido. A maioria havia negado ou suprimido o luto, mas havia exceções.

O luto persistente era mais frequente quanto mais adiantada estivesse à gravidez por ocasião da perda. (...) Além disso, a importância da gravidez em termos de idade e fertilidade da mãe, nível educacional e história de abortos anteriores contribuíam para agravar o processo de luto.

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica narrativa e para a reunião do material a ser pesquisado, foram realizadas buscas nas plataformas de artigos acadêmicos como o Google Acadêmico, Scielo e leitura de livros pertinentes ao tema.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte na sociedade contemporânea é tratada como algo a ser evitado. É uma temática que poucas pessoas se interessam ou sentem afeição ao falar, sendo evitada por sua grande maioria. É acompanhada por sentimentos de desamparo e tristeza, características fundamentais do luto quando sua elaboração se dá na forma normal, levando o indivíduo ao progresso.

Diante de todo o exposto nesta pesquisa foi encontrado no levantamento bibliográfico artigos e livros que apoiam a ideia de que a perda perinatal pregressa pode trazer como consequência malefícios na relação dos pais, em especial a mãe, com o filho subsequente, onde as mães grávidas após perda demonstram o luto presente, altos níveis de ansiedade frente ao novo bebê e depressão. Pontos interessantes encontrados na literatura são a indicação de acompanhamento psicológico e clínico seguido à perda perinatal para o auxílio na elaboração do luto normal, acolhimento multiprofissional da equipe técnica de saúde que dá a má notícia e inclusão da família neste processo a fim de evitar falas que reprovem a dor dos pais, reforçando o luto não autorizado e projeções negativas no próximo filho.

Em contrapartida, algumas pesquisas com pais e filhos subsequentes revelam o bem-estar emocional de ambos. Contudo, um fator importante que não podemos deixar de citar foi o acompanhamento psicológico prévio desses pais. Tal processo foi de suma importância durante a elaboração do luto, atribuindo significado ao bebê perdido e melhorando o investimento afetivo no filho subsequente.

Ponto destaque, ainda que já mencionado anteriormente, é o acolhimento da equipe de saúde uma vez que sua atuação permeia por toda a instituição. Esses profissionais geralmente são portadores das notícias mais impactantes no cotidiano familiar e na vida da pessoa que está sob seus cuidados. É importante que haja treinamento e constante preparo para lidar com situações difíceis, nunca esquecendo o ingrediente principal que é a empatia pela dor do outro. É imprescindível que haja respeito e que os desejos dos enlutados sejam minimamente resguardados.

Por último, foi verificada a carência de trabalhos que abordam a temática aqui exposta. Levando em consideração a complexidade do tema em questão é de grande importância que haja a continuidade de estudos mais aprofundados sobre o luto perinatal e sua relação com o filho subsequente.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BOWLBY, J. **Apego e Perda: separação: angústia e raiva**. v. 2. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

CAPUTO, R. F. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. **Rev. Saber Acadêmico**, v. 6, p. 73-80, 2008.

CASELLATO, G. **Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade**. Campinas, SP: Livro Pleno. 2005.

FLECK, A. **O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de pós-graduação em psicologia, Porto Alegre, 2011.

FREITAS, N. K. **Luto materno e psicoterapia breve**. São Paulo: Summus, 2000.

FREUD, A. **O Ego e os mecanismos de defesa**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GESTEIRA, S. M.A.; BARBOS, V.L.; ENDO, P. C. O luto no processo de abortoprovocado. **Acta Paulista de enfermagem**, v.19, n. 4, p.462 – 467, 2006.

HAMAMA-RAZ, Y; ROSENFELD, S.; BUCHBINDER, E. Giving birth to life-again!: bereaved parents' experiences with children born following the death of an adult son. **Death Stud.**, v.34, n. 5, p. 381-403, 2010.

HUBERTY, J. L. *et al.* When a Baby Dies: A systematic review of experimental interventions for women after stillbirth. **Reproductive Sciences.**, v. 24, n. 7, p. 967–975, 2017.

IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Rev. latino am. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 614-623, Dec. 2007.

KEATING, I; SEABRA, M.J. Luto e vinculação. **Análise Psicológica**, n. 12, p. 291-300, 1994. Disponível em: <[https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3099/1/1994\\_23\\_291.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3099/1/1994_23_291.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2019.

KLUMPP, C. F. B.; BARONE, L. M. C.; ANDRADE, M. S. Relação simbiótica patológica entre mãe-filho e o processo de aprendizagem. **Ciências & Cognição.**,v. 22, n. 1, p. 93-101, 2017. Disponível em:<<http://www.cienciasecognicao.org/revista>>. Acesso em: 18 jul. 2019.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER–ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. O que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes. 10 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

- LEMOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. da. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015.
- LOPES, B. G. *et al.* Luto materno: dor e enfrentamento da perda de um bebê. **Rev Rene.**, v. 18, n. 3, p. 307-13, 2017.
- MACHADO, R. D. Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. **Cultura de los Cuidados**. 2º Cuatrimestre 2016 • Año XX - N.º 45. v. 20. n. 45, p. 91-97, 2016. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/43566996.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**: Gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias & letras, 2017.
- MAHLER, M. O processo de separação-indivuação. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 1982.
- MEIRELES, I.O.; LIMA, F.L.C. O luto na fase adulta: um estudo sobre a relação do apego e Perda na teoria de John Bowlby. **Rev. Ciências Humanas – UNITAU**, v. 9, n. 1, p. 92- 105; 2016.
- MELO, R. A. de P. **Processo de luto**: O Inevitável percurso face a inevitabilidade da morte. 2004. Disponível em:<<http://groups.ist.utl.pt/unidades/tutorado/files/Luto.pdf>>. Acesso em 24 maio 2019.
- MUZA, J. C.; *et al.* Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicol. teor. prat.** v.15, n.3, p. 34-48, 2013.
- OISHI, K. L. O Jardim de Julia: A Vivência de uma Mãe durante o Luto. **Psicol. teor. pesquisa**. v. 30, n. 1, p. 5-11, 2014.
- O EMOCIONANTE significado dos bebês chamados de ‘arco-íris’. **Rev Claudia Online**. Postado em: 6 fev. 2019, 11h3. Disponível em: <<https://claudia.abril.com.br/sua-vida/o-que-sao-bebes-arco-iris/>>. Acesso em: 31 maio 2019.
- PARKES, C. M. **Luto**: Estudo sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Sumus editorial, 3. ed, 1998.
- PINTO, E. R. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. **Ágora (Rio J.)**, v. 17, n. 1, p. 135-153, 2014.
- POZNANSKI, E. O. The “replacement child”: A saga of unresolved parental grief Olmsted, **The Journal of Pediatrics**, v.81, n. 6, p.1190 – 1193, 1972.
- RIOS, T. S; SANTOS, C. S. S; DELL’AGLIO, D. D. Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: Relato de experiência. **Rev. de Psicol. IMED.**, v. 8, n. 1, p. 98-107, 2016.
- SANTOS, D. P. B. D. dos. **A elaboração do luto materno na perda gestacional**. Dissertação (Mestrado Integrado de Psicologia) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa - Portugal, 2015.



SÉJOURNÉ, N. et al. Pregnancy after perinatal loss association of grief, anxiety and attachment. **Jreproduc. infant psychol.**, v.28, n. 3, p. 240-251, 2010.

SIMBIOSE. **Dicionário Michaelis Online (2016)**. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/simbiose/>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

STERN, D. **A constelação da maternidade**: o panorama da psicoterapia pais/bebês. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

TAVERNA, G.; SOUZA, W. O luto e suas realidades Humanas diante da perda e do sofrimento. **Cad. Teológico da PUCPR.**, v.2, n. 1, p.38-55, 2014.

VIDAL, M. Sobre a gravidez subsequente a morte perinatal: a síndrome da criança de substituição. **Psicol. América Latina.**, n.13, 2008.

WARLAND, J; O'LEARY, J; MCCUTCHEON, H. Born after infant loss: The experiences of subsequent children. **Midwifery**, v. 27, n. 5, p. 628-633, 2011.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento e Terapia do luto**: Um manual para o profissional de saúde mental. Tradução: M. Brener& M. R. Hofmeister. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.