PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Helena Carneiro Aguiar

Mães sem bebês: um estudo psicanalítico sobre luto perinatal

Tese de Doutorado

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Silvia Maria Abu Jamra Zornig

Rio de Janeiro,
Março de 2025

Pontifícia Universidade Católica
do Rio de Janeiro

Helena Carneiro Aguiar

Mães sem bebês: um estudo psicanalítico sobre luto perinatal

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Profa. Silvia Maria Abu Jamra Zornig
Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Daniela Romão Barbuto Dias
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Sara Angela Kislanov
Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro

Profa. Regina Maria Orth de Aragão
Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro

Profa. Marta Rezende Cardoso
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Rio de Janeiro, 14 de março de 2025.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Helena Carneiro Aguiar

Graduou-se em Psicologia no ano de 2005 pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestrado em Psicologia Clínica pela PUC-Rio concluído em 2016. Especialista em Psicoterapia na Infância e na Adolescência pelo Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz (2013) e em Educação pela PUC/RS (2024). Dedica-se atualmente à Psicologia Clínica e Hospitalar e a pesquisas acadêmicas no campo da Psicologia/Psicanálise.

Ficha Catalográfica

Aguiar, Helena Carneiro

Mães sem bebes : um estudo psicanalítico sobre luto perinatal / Helena Carneiro Aguiar ; orientadora: Silvia Maria Abu Jamra Zornig. – 2025.
88 f. ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2025.
Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Luto perinatal. 3. Trabalho de luto. 4. Psicanálise. 5. Perinatalidade. 6. Objeto virtual. I. Zornig, Silvia Maria Abu Jamra. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD:150

Dedico esse trabalho às “mães sem bebês”, especialmente àquelas que tão generosamente aceitaram participar do grupo psicoterapêutico que apresentamos nesse manuscrito e àquelas que venho acompanhando em minha clínica.

Agradecimentos

À Silvia Zornig pela excelente orientação, pela presença incentivadora constante e pela forma respeitosa com que me auxilia a relacionar minha experiência profissional como psicóloga hospitalar à teoria psicanalítica.

À professora Sara Kislanov, pelo exemplo como professora em sala de aula, pela parceria, confiança, afeto e disponibilidade.

Ao CNPQ e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

À querida Ester Esquenazi, agora psicóloga, mas que na época foi a melhor estagiária que poderia para estar ao meu lado nos encontros em grupo. Por sua delicadeza, sensibilidade, competência e comprometimento, tanto nos encontros quanto nas ("intermináveis") transcrições de nosso material.

Aos colegas do grupo de pesquisa, por dividirem conhecimentos, dúvidas, angústias e expectativas ao longo desse período. Em especial, às queridas amigas Natália Pfeil pela parceria e trocas ao longo desses últimos 4 anos e Natália Cidade pela inspiração e incentivo desde o mestrado.

Ao IDOR, por permitir a elaboração do trabalho de campo desta tese em unidade hospitalar da Rede D'or e pela orientação para aprovação pelo comitê de ética.

À dra. Maria Elisabeth Lopes (Bebeth), pelo auxílio na elaboração do projeto apresentado a Plataforma Brasil, pela ajuda com questões institucionais e incentivo a publicação.

À querida amiga e enfermeira Odália Uidack com quem divido constantemente e há muitos anos minhas angústias relacionadas aos óbitos perinatais. Pela escuta, parceria e confiança em meu trabalho. Grata principalmente pelo exemplo que é em relação ao trabalho junto às famílias.

À estimada psicóloga Denise Morsch pela inspiração e exemplo na área da psicologia perinatal. Serei sempre grata por ter me apresentado à UTI Neonatal ainda como estagiária em 2001 e por continuar sendo referência de comprometimento e dedicação.

À grande amiga e psicóloga Rene Góes por me mostrar que a psicologia hospitalar e a psicoterapia se fazem com amor.

À Paloma Bodanese, amiga e sócia do projeto "Início da vida", pela parceria e incentivo constantes. Através dessa parceria surgiram experiências valiosas de trabalho em grupo com mulheres.

Aos meus pais (Angélica e Guilherme) e irmãs (Luisa e Alice) que são exemplos constantes em minha vida, que me incentivam com orgulho de minha caminhada profissional e acadêmica.

Ao meu marido, Álvaro, por estar comigo em todo percurso, me incentivando e ajudando a ter tempo para pesquisa e escrita.

Aos meus filhos, Pedro e Tiago, por todo amor, por me fazerem querer entender mais sobre as pessoas e sobre a vida, por me ajudarem a perceber a complexidade da maternidade.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

Resumo

Aguiar, Helena Carneiro; Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra. **Mães sem bebês: um estudo psicanalítico sobre luto perinatal**. Rio de Janeiro, 2025. 88p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Esta tese de doutorado pretende realizar um estudo psicanalítico sobre o luto perinatal para as mulheres. Um de nossos pressupostos é de que a instauração do trabalho de luto ocorre em tempos diferentes para as mães, nem sempre sendo possível. Destacamos algumas especificidades que tornam o óbito perinatal tão singular, como a dificuldade de compreensão do entorno; a vivência da morte que se dá no corpo feminino; a incerteza sobre a representação do bebê, comportando facetas objetais e narcísicas; e a ocorrência da morte que interrompe o processo de preparo para a maternidade. Temos como objetivo principal descrever de forma mais apurada o luto perinatal para melhor acompanhar as famílias em seu processo de luto. Este trabalho se desenvolve em três artigos que trazem, respectivamente, questões relacionadas ao contexto que contorna a morte perinatal, a reflexão sobre diferentes desdobramentos após a morte do feto/bebê e uma pesquisa sobre o acompanhamento psicanalítico em grupo com mães enlutadas. Apontamos a potência da psicanálise, seja individual ou em grupo, para auxiliar a provisão de um ambiente mais favorável a essas mulheres após a perda que sofreram. Apresentamos um modelo de grupo de psicoterapia com orientação psicanalítica através de uma pesquisa qualitativa e concluímos que o grupo pode ser um dispositivo eficaz no acompanhamento de pacientes com perdas perinatais.

Palavras-chave

Luto perinatal; trabalho de luto; psicanálise; perinatalidade; objeto virtual.

Abstract

Aguiar, Helena Carneiro; Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra (Advisor). **Mothers without babies: a psychoanalytic study on perinatal grief**. Rio de Janeiro, 2025. 88p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This doctoral thesis aims to conduct a psychoanalytic study on perinatal grief for women. One of our assumptions is that the initiation of the grief work occurs at different times for mothers, and it is not always possible. We highlight some specificities that make perinatal death so singular, such as the difficulty in understanding the surrounding environment; the experience of death occurring in the female body; uncertainty about the representation of the baby, which includes both object and narcissistic facets; and the occurrence of death, which interrupts the preparation process for motherhood. Our main objective is to describe perinatal grief in more detail to better support families in their grieving process. This work is developed in three articles that address, respectively, issues related to the context surrounding perinatal death, reflections on the different outcomes after the death of the fetus/baby, and a study on psychoanalytic group support for grieving mothers. We point out the potential of psychoanalysis, whether individually or in groups, to help provide a more supportive environment for these women after their loss. We present a psychoanalytically oriented psychotherapy group model through qualitative research and conclude that the group can be an effective device in supporting patients experiencing perinatal losses.

Keywords

Perinatal grief; grief work; psychoanalysis; perinatality; virtual object.

Sumário

1. Introdução geral p. 11

2. Clínica da perinatalidade: reflexões psicanalíticas sobre o luto perinatal p. 16
2.1. Psicologia clínica da perinatalidade p. 17
2.2. Metamorfoses e antecipação p. 21
2.3. A morte do objeto virtual p. 26
2.4. Vinheta clínica p. 28
2.5. Considerações teóricas p. 30
2.6. Conclusão p. 32

3. Vicissitudes do óbito perinatal p. 34
3.1. O trabalho psíquico do luto p. 35
3.2. Óbito perinatal p. 37
3.3. Sutilezas do luto perinatal p. 38
3.4. Caminhos possíveis p. 41
3.5. Melancolia p. 44
3.6. Depressão p. 46
3.7. Outras formas de reação p. 49
3.8. Conclusão p. 51

4. Luto perinatal e psicoterapia em grupo com mães enlutadas: pesquisa qualitativa p. 54
4.1. Introdução p. 54
4.2. Trajetória p. 56
4.3. Metodologia p. 57
4.4. Trabalho de campo p. 59
4.5. Análise de dados p. 62
4.5.1. Sensação de irrealidade e dificuldade do entorno p. 62
4.5.2. Transformação p. 64

4.5.3. Medo da morte e revivência de outros lutos p. 65
4.5.4. Vergonha e culpa p. 66
4.5.5. Feminino p. 67
4.5.6. Religiosidade p. 69
4.5.7. Tempo p. 70
4.6. Discussão teórica sobre o dispositivo grupal p. 71
4.7. Conclusão p. 74

5. Conclusão geral p. 77

6. Referências p. 81

Anexo 1 p. 86
Anexo 2 p. 87
Anexo 3 p. 88

1
Introdução geral

O óbito perinatal contempla as mortes ocorridas no intervalo entre a 20ª semana de gestação (ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 centímetros) e o sexto dia completo de vida após o nascimento (Ministério da Saúde, 2024). Assim, quando nos referimos à mortalidade perinatal, englobamos tanto a mortalidade fetal quanto a neonatal precoce, que ocorre até o sexto dia de vida. De acordo com levantamento realizado em 2018, a taxa de mortalidade perinatal no Brasil foi de 15,5 por mil nascidos vivos, sendo a principal causa de mortalidade na infância (Nóbrega et al., 2022). É importante destacar, contudo, que a subnotificação de óbitos, particularmente os fetais, é uma questão significativa em países grandes e desiguais como o Brasil. Nesse contexto, a incidência de famílias que vivenciam a perda perinatal pode ser ainda mais expressiva do que os dados oficiais sugerem.

As taxas de mortalidade fetal e neonatal precoces são tão relevantes que foram apontadas como indicadores na política nacional de saúde em nosso país para os anos de 2024 a 2027. Os números desses óbitos estão sendo monitorados e, junto a outros indicadores, descrevem a situação em saúde de nossa população (Ministério da Saúde, 2024).

A mortalidade perinatal é reconhecida no Brasil como uma das prioridades do Ministério da Saúde (2009), o que exige atenção e esforços contínuos para a reflexão crítica sobre os processos relacionados a esses eventos. Como psicólogas e pesquisadoras inseridas na clínica da perinatalidade, pensamos que precisamos nos envolver no cuidado a essa população significativa, que sofre com essas mortes precoces e inesperadas.

A escolha pela temática dessa tese é fruto de uma inquietação clínica despertada há muitos anos a partir de uma vivência profissional da primeira autora como psicóloga inserida em maternidade e em UTI Neonatal. Desde 2007 acompanha famílias que, por motivos diversos, enfrentam obstáculos ainda maiores do que os já esperados para essa fase de gestação e puerpério. O trabalho do psicólogo nesse contexto é majoritariamente com situações adversas, seja

acompanhando situações de risco materno-fetal ou dificuldades de envolvimento emocional. Mathelin (1999) afirma que o trabalho em uma UTI Neonatal será sempre um trabalho de luto, de perda e de separação.

A própria maternidade implica diferentes trabalhos de luto. Pensamos que nos debruçar sobre o estudo psicanalítico do luto nos ajuda também a pensar a maternidade. Bydlowski (2002) afirma que a gravidez é sempre um momento de crise, que provoca ansiedades e conflitos até então latentes. O preparo para a chegada do bebê requer intensas transformações psíquicas para a mulher e para as pessoas diretamente envolvidas. Stern (1997) aponta que a gestação e o puerpério envolvem uma profunda reestruturação da identidade feminina para incluir a figura do bebê em seu psiquismo, de modo que as mulheres perdem uma parte importante de si mesmas, o que ajuda a explicar a ambivalência sempre presente na relação mãe-bebê. Solis-Ponton e Lebovici (2004) também apontam outros lutos vivenciados na maternidade, ao proporem diferentes representações dos bebês na organização psíquica dos pais. O bebê imaginário, relacionado ao narcisismo parental, diz respeito às projeções dos pais sobre o bebê. O bebê real, aquele que os pais têm no braço após o nascimento, confronta os pais com sua alteridade e, portanto, sempre irá intimar um trabalho de luto, dado que o bebê imaginário sempre é bem diferente do real. Dessa forma, ainda que em maternidades que não são atravessadas pela morte, sempre haverá perdas simbólicas que convocam a necessidade de diferentes trabalhos de lutos.

No texto “Luto e melancolia”, Freud (1917[1915]/1974b) foi claro em afirmar que o trabalho de luto não se refere apenas à reação à perda de um ente querido, mas também engloba reações “à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (p. 275). O que acontece no luto perinatal, que nos desperta a estudar com mais profundidade, é que essa morte convoca uma reação diante da perda de um ente querido (objeto real) e também reações diante de perdas abstratas, de ideias, de funções, de pertencimento, dentre outras.

Obviamente, não se trata de qualificar o luto como mais ou menos doloroso. No senso comum, com frequência escutamos frases que comportam a ideia de que é mais triste perder um filho em outras fases da vida. Não nos cabe comparar as dores, mas entendemos que nossa sociedade costuma atribuir a vinculação da mãe ao bebê como algo decorrente do tempo cronológico. Iaconelli (2007) concorda

que, de certa forma, isto é verdade, pois o convívio configura e estreita laços afetivos. No entanto, a autora destaca que, frequentemente, é negligenciado o fato de que a constituição do vínculo se fundamenta nas profundezas do psiquismo materno desde as suas primeiras formações, sendo a identificação com o objeto responsável por conferir a ele sua potencialidade. O que percebemos ao longo desses anos pesquisando sobre esse luto específico, é que ele comporta um risco patológico, especialmente em função da forma confusa e solitária como ele costuma ser vivenciado.

O sofrimento intenso dos pais e demais envolvidos, assim como a dificuldade de profissionais em lidar com essas situações, nos instigaram a pensar como poderíamos ajudar os pais a lidar com tamanha dor e como ajudar os profissionais a ser presenças positivas nesse processo. No trabalho da psicologia hospitalar, acompanhar o processo da morte sempre é um desafio, estar diante da (provável) maior dor de outra família é uma enorme responsabilidade. Não basta ao profissional ser empático e acolhedor, é preciso estudar e entender sobre a morte, sobre os processos subsequentes, sobre os acompanhamentos possíveis. Por isso, em 2014, após a primeira autora já possuir uma experiência profissional, se lançou ao estudo do luto perinatal no curso de mestrado, também com a orientação competente e atenta da professora Sílvia Zornig. Foram dois anos nos quais buscamos teorias e autores que nos ajudaram a compreender as especificidades desse luto. Após concluído o mestrado, procuramos levar, para os hospitais e maternidades, um pouco do que aprendemos nessa trajetória. Implementamos sensibilizações junto a diferentes profissionais de saúde, falando sobre a importância da criação de memórias relacionadas à existência do bebê, do envolvimento e do protagonismo dos pais nas escolhas ritualísticas e despedidas do filho, da imprescindibilidade de espaços de fala para as famílias enlutadas, da urgência do reconhecimento dessa dor, que também atinge os profissionais de saúde.

Em 2021, retornamos a parceria acadêmica, sem ter deixado de estudar e trabalhar questões relacionadas ao óbito perinatal. Por que continuar a estudar esse tema? Primeiramente, em respeito às famílias enlutadas. O processo é longo e complexo, impossível de se esgotar. Ao longo de todos esses anos, acompanhamos uma paciente no consultório particular que sofreu duas perdas perinatais há aproximadamente 10 anos e segue enfrentando diferentes desafios. Continuar

estudando o luto perinatal é continuar buscando compreendê-lo para tentar pensar nas melhoras formas de acompanhar essas famílias, seja nos hospitais ou na clínica privada.

Outro ponto que nos fez querer retomar essa temática no doutorado é entender que estamos vivendo um período de importante evolução relacionado à abordagem diante da morte perinatal. Acreditamos que lentamente a morte perinatal vem deixando de ser um tabu. A morte, não só nessa fase, vem sendo mais estudada. Artigos, livros, disciplinas em graduações e pós-graduações sobre terminalidade, cuidados paliativos e morte estão cada vez mais frequentes. Paralelamente, observamos ser menos usual a prática de dar o mesmo nome do filho morto ao filho nascido em seguida, ser mais comum que os profissionais ofereçam aos pais pegar o filho morto no colo, que os médicos não sedem a mãe em um parto com natimorto, que incentivem a participação do pai ou outras pessoas importantes nesses partos ou nos poucos dias de vida, que os envolvidos se preocupem em chamar o bebê morto pelo seu nome e que se preocupem com as memórias. Enfim, acreditamos que insistir nesse tema faz parte de um movimento atual maior que vem dando visibilidade a essas perdas. Claro que ainda precisamos avançar, por isso, acreditamos que nos dedicar mais alguns anos a esse tema faz (muito) sentido. Nossa contribuição, a nosso ver tem um lugar privilegiado, pois temos a vivência prática de dentro dos hospitais e a vivência teórica da academia.

Por fim, o terceiro grande motivo para seguir no estudo do luto perinatal se deve ao desejo de nos debruçarmos mais ao trabalho de grupo com mulheres enlutadas. O trabalho psicanalítico em grupo se mostrou um dispositivo altamente potente e percebemos que merecia destaque nessa temática. Nesse manuscrito final, temos muito orgulho do trabalho de campo realizado junto a um grupo de mulheres, que generosamente aceitaram participar dessa pesquisa de forma voluntária. As vozes delas ecoam questões que gritam por compreensão e revelam um forte desejo de não se sentirem mais apartadas da sociedade.

O objetivo principal dessa tese é conhecer de forma mais aprofundada o luto perinatal para melhor acompanhar as famílias em seu processo de luto. Dividimo-la em três objetivos específicos: compreender o contexto que contorna a morte perinatal; refletir sobre diferentes desdobramentos após a morte do feto/bebê; pesquisar o acompanhamento psicanalítico em grupo com mães enlutadas. A tese,

desenvolvida em formato de artigos, traz cada artigo pretendendo se debruçar sobre cada um desses objetivos específicos.

No primeiro artigo, intitulado de “Clínica da perinatalidade: reflexões psicanalíticas sobre o luto perinatal”, procuramos lançar luz sobre a clínica da perinatalidade, pois compreendemos que nosso ponto de partida deveria ser justamente uma apropriação do contexto que contorna essa morte. O luto perinatal é tão singular, precisamente por ocorrer nessa fase inicial da vida. A morte interrompe um processo já deflagrado, em que os pais são impelidos a suspender o processo de transformação de identidade iniciado pela abertura à parentalização.

O segundo artigo, “Vicissitudes do óbito perinatal”, reflete sobre formas diferentes de reação após um óbito perinatal. Destacamos a deflagração do trabalho do luto propriamente dito com a elaboração processual da perda e outras formas menos saudáveis de lidar com ela, como a melancolia e a depressão. Entendemos que certos desdobramentos que se afastam da saúde psíquica não são necessariamente definitivos e podem representar uma etapa no enfrentamento e elaboração diante de uma perda perinatal.

No terceiro artigo, sob o título de “Luto perinatal e psicoterapia em grupo com mães enlutadas: pesquisa qualitativa”, apresentamos nossa pesquisa de campo. Implementamos um trabalho de psicoterapia em grupo com mulheres que sofreram perda perinatal e realizamos uma pesquisa qualitativa para investigar se a metodologia empregada nos grupos era realmente efetiva. Nesse trabalho, pretendemos mostrar como o óbito perinatal necessita de um acompanhamento específico e apontamos a psicoterapia em grupo, utilizando a técnica psicanalítica, como uma forma privilegiada e efetiva para se trabalhar com essas “mães sem bebê”.

2
Clínica da perinatalidade: reflexões psicanalíticas sobre o luto perinatal

Resumo: Este artigo tem como objetivo principal investigar as especificidades do trabalho de luto realizado pelos pais subsequente ao óbito perinatal. Partimos das definições de psicologia clínica e perinatalidade para compreender a clínica que contorna a morte nesse período. Os pais são forçados a interromper o processo de transformação de identidade iniciado pela abertura ao processo de parentalização. São confrontados com a morte de um "objeto virtual", conceito de Sylvain Missonnier, no qual se baseia este trabalho. Para o luto perinatal poder ser vivenciado, precisa haver um trabalho de objetificação do feto/bebê, mas, ainda assim, esse luto comportará uma faceta narcísica. Para fazer o luto de uma parte de si mesmo, os pais precisarão não só de um ambiente favorável, como contar com o estabelecimento de um espaço potencial, no qual sejam possíveis construções criativas, como o espaço de análise.
Palavras-chaves: luto; período perinatal; parentalidade; objeto virtual.

Perinatal clinical practice: psychoanalytic reflections on perinatal mourning
Abstract: This article aims to investigate the specificities of the mourning process experienced by parents following perinatal death. It begins with definitions from clinical psychology and perinatal studies to understand the clinical practice surrounding death during this period. Parents are compelled to interrupt the identity transformation process initiated by the transition to parenthood. They face the death of a "virtual object", a concept by Sylvain Missonnier that forms the basis of this work. For perinatal mourning to be experienced, an objectification process of the fetus/baby must occur, though this mourning will still retain a narcissistic dimension. To grieve a part of themselves, parents will require not only a supportive environment but also the establishment of a potential space where creative constructions, such as the analytic space, can take place.
Keywords: mourning; perinatal period; parenthood; virtual object.

Clínica de la perinatalidad: reflexiones psicoanalíticas sobre el duelo perinatal
Resumen: Este artículo tiene como objetivo principal investigar las especificidades del proceso de duelo experimentado por los padres tras la muerte perinatal. Se parte de definiciones de psicología clínica y perinatalidad para comprender la práctica clínica que rodea la muerte en este período. Los padres se ven obligados a interrumpir el proceso de transformación de identidad iniciado con la transición hacia la parentalidad. Enfrentan la muerte de un "objeto virtual", un concepto de Sylvain Missonnier en el que se basa este trabajo. Para que el duelo perinatal pueda vivirse, es necesario un trabajo de objetivación del feto/bebé; no obstante, este duelo siempre tendrá una dimensión narcisista. Para elaborar el duelo de una parte de sí mismos, los padres necesitarán no solo un entorno favorable, sino también el establecimiento de un espacio potencial donde sean posibles construcciones creativas, como el espacio analítico.
Palabras clave: duelo; período perinatal; parentalidad; objeto virtual.

Clinique de la périnatalité : réflexions psychanalytiques sur le deuil périnatal
Résumé: Cet article a pour objectif principal d'explorer les spécificités du travail de deuil effectué par les parents après un décès périnatal. Il s'appuie sur les définitions de la psychologie clinique et de la périnatalité pour comprendre la clinique autour de la mort dans cette période. Les parents sont contraints d'interrompre le processus de transformation identitaire initié par l'ouverture à la parentalité. Ils se trouvent confrontés à la perte d'un "objet virtuel", un concept de Sylvain Missonnier qui constitue la base de ce travail. Pour que le deuil périnatal puisse être vécu, un travail d'objectivation du fœtus/bébé est nécessaire; cependant, ce deuil comportera toujours une facette narcissique. Pour faire le deuil d'une part d'eux-mêmes, les parents auront besoin non seulement d'un environnement favorable, mais également de l'établissement d'un espace potentiel permettant des constructions créatives, tel que l'espace analytique.
Mots-clés: deuil; période périnatale; parentalité; objet virtuel.

2.1. Psicologia clínica da perinatalidade

A definição de psicologia clínica é complexa, dificilmente escapando de ser demasiada abstrata e genérica. Utilizaremos neste artigo a definição de Sylvain Missonnier (2016), importante psicanalista francês e estudioso do campo da perinatalidade e da parentalidade, a fim de contextualizar nosso ponto de partida, pois ele será uma referência primorosa e constante ao longo deste trabalho. O autor define a psicologia clínica a partir da exploração de seu objeto bilateral da realidade psíquica consciente e inconsciente, subjetiva e intersubjetiva, individual e grupal, normal e patológica. Afirma que a metodologia clínica é indissociável da implementação cruzada entre todos os presentes, ou seja, que é o encontro intersubjetivo e os seus efeitos recíprocos que tornam possível a exploração da psicologia clínica. Ressalta ainda que essa definição precisa ser enriquecida por uma reflexão ética constante e por múltiplas variações detalhadas de acordo com os variados sistemas possíveis (diagnóstico, avaliação, orientação, psicoterapias individuais e de grupo, supervisão, dentre outras).

O período perinatal é caracterizado pelo tempo que antecede e ultrapassa o nascimento, abarcando desde o desejo e tentativa de engravidar até os primeiros meses do bebê, contemplando, portanto, questões relacionadas a diferentes desfechos ao longo desse período. Missonnier (2012) destaca que a perinatalidade concebe o desejo, a concepção, a espera e o acolhimento de uma criança, envolvendo uma metamorfose individual, conjugal, familiar e coletiva. O autor descreve como um processo de desenvolvimento centrado no embrião/feto/bebê

que tem os pais como protagonistas, mas também ressalta a importância da família ampliada, da comunidade e da sociedade. O período perinatal merece nossa dedicação, pois corresponde a uma "janela aberta para a realidade psíquica consciente/inconsciente, subjetiva/intersubjetiva do sujeito na situação de (re)tornar-se pai e nascer humano" (Missonnier, 2016, p. 70).

Missonnier (2012) aponta que o termo "perinatal" foi inicialmente definido por pediatras neonatologistas como um período de vida do feto e recém-nascido que se estenderia de 28 semanas de idade gestacional até o sétimo dia após o parto. No entanto, o autor pontua que, para a psicologia clínica, esse tempo se amplia para abarcar um período que possui características em comum, relacionadas às transformações e às especificidades do preparo e do acolhimento do início da vida. Para a psicologia clínica perinatal, esse período que se inicia em torno da gestação se prolonga até muitos meses após o nascimento.

Outra observação de Missonnier (2016) destaca que, originalmente, a clínica da psicologia perinatal centrou-se em psicopatologias mais evidentes, refletindo sobre disfunções parentais e desarmonias precoces. Atualmente, tende a estudar e cuidar das questões psíquicas inerentes aos diferentes momentos dessa fase. O autor destaca que, ao lançar a luz apenas à psicopatologia visível, sinais "comuns" de sofrimento na vida perinatal (como ansiedade, distúrbios psicossomáticos, desarmonias relacionais familiares) correm o risco de serem ignoradas ou banalizadas e evoluírem clandestinamente. A clínica perinatal não se contenta em apenas compreender os transtornos psicopatológicos ruidosos, mas está aberta à diversidade de disfunções da parentalidade, mais ocultas ou mais explícitas, mais leves ou mais pesadas.

Importante pontuarmos que a clínica da perinatalidade é um campo interdisciplinar que convoca necessariamente diferentes profissionais para buscar compreender todos os fenômenos que permeiam essa fase. Inicialmente, aparecia vinculada apenas às especialidades médicas de ginecologia, obstetrícia e pediatria, mas Bteshe (2008) observa que, recentemente, teve seus limites ampliados a partir do foco na díade cuidador-bebê. Psiquiatras, psicólogos e psicanalistas de crianças, assim como pediatras, obstetras, ultrassonografistas, parteiras, educadoras, médicos generalistas são alguns dos profissionais que contribuem para o aprofundamento sobre a psicopatologia perinatal (Matos, 2019). Nesse sentido, os profissionais chamados "psis" têm muitas contribuições enriquecedoras, uma vez que sabemos

que as transformações acontecem tanto externamente – com as mudanças físicas, corporais e metabólicas –, quanto internamente, na realidade psíquica, exigindo processos de ajustamento às mudanças físicas, psicológicas e sociais.

No entanto, uma reflexão sobre esse período sem incluir outros profissionais, que pretenda se esgotar apenas com "psis", perderá muito sua riqueza e possibilidade de intercessões. Ao aprendermos com a visão dos ultrassonografistas sobre a vida intrauterina, podemos pensar em muitas conexões sobre interações precoces, por exemplo. É justamente a complexidade dessa clínica que convoca à interdisciplinaridade. Missonnier (2012) enfatiza que é a "sinergia entre as habilidades dos somáticos e dos psis por uma abordagem holística que pode tender à eficiência terapêutica e à legitimidade ética" (p. 3, tradução nossa). Conforme vimos, a própria definição de psicologia clínica já pressupõe estar aberto à interdisciplinaridade. Portanto, a psicologia clínica perinatal é o resultado de uma colaboração entre vários especialistas reunidos em torno dos pais e do feto/bebê.

Para Missonnier (2012), a psicologia clínica perinatal baseia sua ação no reconhecimento dos múltiplos cenários de crise desse segmento, a partir das rupturas de três processos indissociáveis, a saber: o processo de se tornar mãe, de se tornar pai e do nascimento humano. Missonnier (2007) aponta a consistência da temática da incerteza durante o pré-natal. Aqueles que vão se tornar pais têm que enfrentar uma lista infinita de eventos desconhecidos e emocionais durante a gravidez, o nascimento e o acolhimento do bebê. Seremos capazes de dar a vida? Que significa passar de filhos a mãe/pai? Poderemos passar de casal a família? Como lidar com as alterações corporais e psíquicas? Será que meu bebê está se desenvolvendo bem? O que faremos se ele tiver uma anomalia? Estas são apenas algumas das questões a que os futuros pais são confrontados durante o período perinatal com essa incerteza multifacetada e onipresente. O referido autor observa que as pessoas envolvidas atravessam uma intensa revivência de seus conflitos de separação, dos mais arcaicos aos mais elaborados.

Bydlowski (2002) realça o caráter maturativo da crise que se impõe na gravidez, por provocar ansiedades e conflitos latentes que contêm em si uma capacidade evolutiva que pode contribuir para o processo de formação da nova identidade. Afirma que a gravidez inaugura um encontro íntimo da mulher consigo mesma, devido à emersão de conteúdos psíquicos recalcados relativos a experiências e fantasias infantis. A autora sugere um estado de permeabilidade entre

as representações conscientes e inconscientes durante a gravidez, nomeado por ela como “transparência psíquica”, e que seria facilitado justamente pelo fato de o bebê também ter fronteiras mais “transparentes” entre o externo e o interno. O bebê está presente na realidade interna da mãe, já possui alguma concretude, pois modifica o corpo materno, mas permanece ausente da realidade externa, ainda como um objeto interior. É comum que reminiscências antigas e fantasmas geralmente esquecidos surjam com força na memória, sem serem barrados pela censura, durante a gravidez.

São as representações maternas que dominam o cenário, no início do período perinatal. O futuro bebê permanece ainda como um objeto interior, responsável pela reativação do bebê que a própria mãe foi. Com o início do desenvolvimento da preocupação materna primária (Winnicott, 1956/1978b), normalmente no final da gestação, o filho pode começar a apresentar um estatuto de objeto externo, ainda que permaneça no interior do corpo da mãe. A atenção psíquica que estava dirigida para ela mesma começa a se dirigir para o feto e, assim, a mãe pode começar a objetificar o feto em seu psiquismo. A preocupação materna primária corresponde ao período particular entre as semanas anteriores ao parto e as primeiras semanas após o nascimento do bebê, durante o qual a mãe, que atinge esse estado, é capaz de adaptar-se sensivelmente às necessidades de seu filho. Winnicott (1956/1978b) explica que ocorre uma identificação regressiva da mãe com seu bebê que a capacita a compreender os sinais do filho com muita eficácia.

Após o parto, normalmente a atenção psíquica da mãe dirige-se ao recém-nascido, porém o bebê ainda é encarado como puro representante do objeto interno. Somente mais tarde o bebê será investido como um verdadeiro objeto externo, ou seja, não mais como puro representante do objeto interno (Bydlowski & Golse, 2002)

Zornig (2012) aponta que um conjunto de remanejamentos psíquicos e afetivos são necessários para abrir espaço para o processo de se tornar pai e se tornar mãe, uma vez que eles serão expostos aos seus conteúdos mais arcaicos. Freud (1914/1974a) observa que o bebê é suporte das projeções narcísicas dos pais, existindo para lhes indenizar narcisicamente. O projeto do filho levanta, então, a possibilidade de rever feridas narcísicas dos pais, comportando uma função reparadora. É certo que o bebê também acarreta nos pais o temor, por expô-los novamente às suas questões infantis, como a reativação de fantasmas edípicos, mas traz uma esperança de enfrentá-las de outras formas.

Diante da crise existencial que a gravidez naturalmente convoca, a perda de um bebê nesse cenário aumentará desmedidamente a intensidade dessa crise e, portanto, exigirá remanejamentos ainda mais complexos (Aguiar & Zornig, 2016). Na contramão do que vinham se preparando, esses pais se veem forçados a assumir direções contrárias, mas já tendo iniciado o processo de transformação de identidade.

Acreditamos que, para entender o luto perinatal, precisamos falar sobre essa clínica, que contorna a questão da morte, trazendo especificidades para o luto que se impõe nesse contexto. Não há de ser feito um luto como o previsto por Freud (1917[1915]/1974b) em "Luto e melancolia", pois ele considerava a perda de um objeto constituído externamente – ponto que será desenvolvido a seguir a partir do conceito de "objeto virtual", conforme proposto por Missonier (2004). A morte precoce e a imposição de um trabalho psíquico frente ao luto ocorrem quando os pais estavam às voltas com metamorfoses e crises.

2.2. Metamorfoses e antecipação

Missonnier (2012) aponta que a gravidez implica uma dupla metamorfose: de se tornar pais (pai e mãe) e de se tornar humano. O feto não nasce humano, torna-se durante a gravidez, assim como os pais não nascem pais no nascimento, mas vão se tornando.

O processo de se tornar mãe e se tornar pai se inicia na história individual de cada um dos pais, uma vez que o desejo de ter um filho reatualiza as fantasias de sua própria infância e do tipo de cuidado parental que tiveram (Zornig, 2010). Já na gestação, mesmo antes do nascimento do bebê, diversas transformações físicas e hormonais na mulher exigem uma série de adaptações psicossociais que acabam levando a alterações na identidade dos pais.

Moro (2005) afirma que a parentalidade "se fabrica com ingredientes complexos" (p. 259), pois é uma construção coletiva, histórica, jurídica, social e cultural, mas também íntima, trazendo as bagagens de cada um dos pais, do casal e da história familiar do pai e da mãe. A autora destaca que ainda há que se considerar outra série de fatores que pertencem à própria criança, que desde o útero já dá sinais de algo que lhe é próprio e interfere na forma dos pais irem se constituindo como tal. O bebê é um parceiro ativo na construção da parentalidade. Mathelin (1999) afirma que o bebê é que fabrica a mãe.

Para entender o que se passa quando a morte acontece durante esse processo de metamorfose, o conceito de “relação de objeto virtual”, desenvolvido por Missonnier (2004), nos permite pensar uma relação entre essas partes que estão em processo de se tornar (humano, pai e mãe), mas ainda não são efetivamente.

Antes de sua concepção, a criança existe em potencial para seus futuros pais. A relação de objeto virtual é o modo de relação particular que se estabelece entre a mãe (em alguns casos, entre o pai também) e o bebê ainda no ventre materno, sendo um processo dinâmico e adaptativo que envolve comportamentos, afetos e representações em torno do feto. Atualmente, com todo o avanço tecnológico na área da obstetrícia, embrião e feto são observados em vários ângulos e dimensões, possibilitando um “conhecimento” do bebê que está sendo gestado. Missonnier (2004) pontua, no entanto, que a medicina faz uma previsão, e não uma antecipação exata, não havendo garantias precisas. É necessário tanto que os pais aceitem essa imprevisibilidade, como que os profissionais de saúde entendam suas limitações preditivas. Nesse sentido, o autor fala da importância de uma antecipação moderada, que seria sinal de saúde psíquica, na qual há a inscrição em um processo de simbolização na diversidade e na complexidade de cenários possíveis, ou seja, aberto aos imprevistos.

Para Missonnier (2018), a previsão se dá através de informações impostas, fechadas, portanto, não ajuda os pais a cultivarem espaços mais flexíveis para os filhos. Já a antecipação associada às informações negocia cenários possíveis e, embora possam gerar ansiedade, são uma rota de acesso essencial à simbolização. Nas palavras do autor “a previsão coloniza o futuro, a antecipação mensurada o negocia” (p. 44).

Os futuros pais, ao conseguirem antecipar o filho, fazem um projeto de concepção e se abrem à parentalização. Diante dessas metamorfoses de se tornar pai ou mãe e do nascer humano, a antecipação se revela como um fio condutor para o desenvolvimento da parentalidade e da criança. Mathelin (1999) nos fala que os bebês se constroem, em parte, graças à possibilidade de devaneio das mães. Nas palavras da autora:

> Preparar o enxoval fabrica, para além da roupa, os braços, as pernas, a imagem do corpo do bebê na cabeça da mãe. Instalar a cama, preparar seu espaço lhe permite começar a conceber uma representação de seu filho. [...] Ao mesmo tempo que a mãe aprende a sonhar seu filho, a conhecê-lo, a sociedade a reconhece como mãe. Ela adquire um estatuto particular, sente-se forte e importante. (p. 66)

Pensar em como ocorre essa antecipação por parte dos pais é, para Missonnier (2018), um observatório privilegiado para compreensão das variações entre saúde e patologia nessa clínica da perinatalidade. O autor pontua que a antecipação é uma via de acesso principal à simbolização. Ele fala que uma análise aprofundada da antecipação de cada um dos envolvidos pode se revelar clinicamente pertinente em casos de patologias. Ele coloca a antecipação como um importante marcador "psico(pato)lógico da perinatalidade" (p. 47), colocando-a no cerne do encontro dos processos do tornar-se pai ou mãe e do nascer humano.

Missonnier (2007) afirma que "nós, os profissionais de saúde, geralmente somos obstáculos à criatividade antecipatória espontânea dos pais" (p. 76). Nesse sentido, pontuamos a importância de refletirmos junto a diferentes profissionais de saúde sobre a forma de transmitir os conhecimentos sobre o bebê que está sendo formado a seus pais. As palavras ditas poderão assumir um peso de concretude, deixando pouco espaço para a flexibilidade criativa.

Acompanhamos uma família que recebeu, da equipe médica que lhe acompanhava, o diagnóstico de uma síndrome rara, falando que o bebê não nasceria vivo. Contrariando os especialistas, o bebê nasceu vivo, provocando um abalo psíquico nos pais, que acreditaram na previsão médica e precisaram de muito suporte para iniciarem uma vinculação com ele. Outro exemplo não raro trata de casos de pais que se deparam com o diagnóstico de síndrome apenas após o nascimento do bebê e, frequentemente, falam: "Não é possível! Fizemos todos os exames!", acreditando fielmente nas palavras ditas pela equipe como garantia de um cenário específico. Teríamos outros tantos exemplos para mostrar a importância do cuidado com as palavras ditas aos pais.

Também acreditamos ser importante refletir sobre a vasta literatura direcionada a mães e pais. Nós trabalhamos há mais de duas décadas com maternidade e puerpério e observamos uma tendência relativamente atual dos pais, especialmente das mães, de estudarem sobre a maternidade como forma de se preparar para a chegada do filho. Procuram bibliografia específica dessa fase, fazem cursos, marcam consultas com especialistas para tirarem dúvidas, pesquisam em redes sociais e páginas de internet, e até mesmo em artigos científicos. Evidente que essa antecipação através do preparo pode ser benéfica e ressalta um espaço simbólico para a criança por vir, mas, muitas vezes, pode engessar algo mais natural

e criativo vindo dos pais. Recordamo-nos de uma paciente que, após ler em um livro sobre maternidade que deveria falar sempre com seu bebê, passou a nutrir conversas quase automáticas com seu bebê, explicando o que iria fazer a cada momento, de forma nada espontânea. Winnicott (1949/1996a) já ressaltava em sua obra a importância da espontaneidade materna ao falar da mãe dedicada comum, enfatizando não ser importante qualquer especialização ou técnica sofisticada para o desempenho da tarefa materna.

Missonnier (2004, 2007, 2018) nos alerta em diversos momentos de sua obra sobre a importância do conceito de antecipação na clínica da perinatalidade, pontuando a necessidade de cultivarmos espaços flexíveis, pois o feto e o embrião representam uma promessa do que poderão ser, e não uma projeção exata. Assim, como no exemplo clássico de Missonnier (2004), que fala que na semente há uma promessa de árvore, tudo indica que de lá se desenvolverá uma árvore, mas não existem garantias absolutas de que ela se tornará uma árvore.

Conforme estamos vendo, a relação da mãe com seu bebê, ainda no ventre, é peculiar, estabelecida antes de o bebê se configurar como um objeto em si mesmo, completamente externo à mãe, por isso falamos que ele não é a priori humano, mas vai se transformando durante a gestação. Por essa particularidade, dizemos que o feto, no útero materno, ainda não configura um objeto real. A gravidez constitui um período em que se desenvolve um trabalho de preparação da relação objetal, marcado por uma dinâmica dupla, tanto narcísica como objetal.

Ao trazer o conceito de objeto virtual, Missonnier (2004) nos auxilia a desenvolver essa questão, pois destaca a característica intermediária entre o feto como objeto internalizado (que ainda não é real), ao mesmo tempo em que já aponta a possibilidade de ser. Pensando em como o feto representa para os pais a promessa da criança que virá, o autor destaca a virtualidade da relação que se estabelece entre eles. A criança virtual ancora-se, em parte, nas crianças do imaginário parental, mas não se reduz a essas representações, projeções, expectativas e sonhos dos pais. A virtualidade é também atravessada por algo do bebê que, aos poucos, dá sinais do que lhe é respectivo. A relação de objeto virtual é o que torna possível a relação entre os pais e seus bebês, é a matriz de todo o relacionamento subsequente que vai da relação parcial de objeto ao relacionamento total com o objeto. Refere-se a um processo que passa de um investimento narcísico extremo ao surgimento progressivo de um objeto.

Para que o trabalho psíquico de reconhecimento do bebê enquanto objeto externo possa ser feito, a constatação da alteridade do bebê é necessária e só irá acontecer gradativamente e nem sempre coincidirá com o nascimento (Bydlowski & Golse, 2002). Isso só ocorrerá através de um desinvestimento progressivo do objeto interno em prol do bebê real. Algumas mães tentam reter o objeto interno perdido, o bebê dos seus sonhos e devaneios, tendo dificuldades de olhar para seu bebê real. Para que esse trabalho se dê, a função paterna será primordial para possibilitar o progressivo desinvestimento do objeto interno. Como o bebê se constitui como objeto externo para o pai (ou substituto) desde o início, este pode incorporar mais facilmente a função de separação e de reconhecimento do bebê enquanto alteridade em sua dimensão de sujeito (Santos & Zornig, 2014).

Pensar no bebê e antecipá-lo de alguma forma, dar um lugar simbólico para essa futura criança, nunca está livre da ambivalência. Mathelin (1999) diz que pensar que poderia existir um amor materno sem violência, sem ódio, sem ambivalência seria tão absurdo quanto negar a existência do inconsciente. Winnicott (1947/1978a) afirma que a mãe "odeia o seu bebê desde o início" (p. 350) e, para explicar tal afirmativa, fornece uma lista de dezoito razões para que a mãe odeie o seu bebê, dentre elas: o bebê representa um perigo para seu corpo durante a gravidez e o parto, é uma interferência em sua vida privada, não é sua própria concepção (mental), demanda um amor "interesseiro" etc. Aponta que a mãe tem que ser capaz de tolerar seu ódio pelo bebê sem fazer nada, aceitando o ódio sem usá-lo para se vingar do filho. Caso a mãe não possa exprimir seu ódio, por medo do que ela mesma possa vir a fazer, caso não possa odiar apropriadamente, só lhe restará voltar a raiva contra si mesma.

A ambivalência está presente durante todo o tempo da gestação, mas o nascimento sem problema "renarcisa" a mãe ao lhe oferecer um bebê saudável que a tranquiliza e a gratifica (Mathelin, 1999). Ao nascer bem, o bebê lhe mostra que os pensamentos hostis que ela nutria inconscientemente não lhe atingiram. Porém, quando o bebê não nasce vivo ou vive por pouco tempo, a realidade reencontra o fantasma. Não só houve a interrupção do processo de construção de uma identidade materna (seriam, portanto, "não mães" ou "mães incompletas"?), como são confrontadas em si mesmas com a imagem de uma mãe má, uma mãe que não pôde carregar o filho, fazê-lo crescer, dar-lhe a vida.

2.3. A morte do objeto virtual

Os pais, no luto perinatal, perdem não só a convivência com o filho real, mas perdem tudo que ele seria ou poderia ser, tudo que pôde ser antecipado para ele nos devaneios maternos e paternos. Morre um bebê que não representava ainda um ser totalmente independente deles e de suas projeções, um filho ainda virtual. Pelo duplo estatuto do bebê nesse período, narcísico e objetal, fazer seu luto é também fazer o luto de partes infantis de si mesmo, de conflitos não resolvidos, das relações idealizadas, de serem pais diante da sociedade, da possibilidade de rever suas feridas narcísicas, enfim, de tudo aquilo que foi projetado no bebê que não nasceu (Aguiar & Zornig, 2016).

O que cada família perde em um óbito perinatal é totalmente singular, depende do que foi possível ser antecipado nesse projeto interrompido. O bebê ou feto será, para cada um dos pais, um objeto de investimento singular entre os extremos de ser um prolongamento de si (investimento narcísico) e ser uma criança real (investimento objetal).

Quando o bebê morre nesse momento, a mãe terá que lidar com suas identificações arcaicas (convocadas pelo estado de transparência psíquica), diante da interrupção da constituição de uma identidade parental. Angústias edipianas e de abandono estarão presentes, sem que haja a compensação vinda da vinculação com o filho real e da afirmação da capacidade de procriação e manutenção da vida.

Com a morte, subitamente o trabalho psíquico a realizar se modifica bruscamente. Mathelin (1999) aponta que essa interrupção brutal da gravidez confere à mãe um sentimento de irrealidade. A mulher vivendo um estado de transparência psíquica (Bydlowski, 2002), exposta a questões da criança que ela mesma foi, deverá encarar o fracasso da possibilidade de reparação narcísica que seu bebê representava. Morre um bebê que representava ela mesma, em certo sentido. Perder um objeto que representava uma parte de si, mas também representava um ente querido, pode lançar os pais em um estado confuso e dificultar a instauração do trabalho de luto.

Em alguns casos, a morte acontece quando as mulheres já estão desenvolvendo a passagem do estado de transparência psíquica para a preocupação materna primária, quando alcança o estado de sensibilidade exacerbada e de identificação com o filho descrito por Winnicott (1956/1978b). Caso o bebê morra nesse início, a mulher vê-se obrigada a desligar-se do estado de preocupação

materna primária abruptamente. O autor afirmou que "se o bebê morre, o estado materno surge repentinamente como uma doença" (p. 494). Nesse caso, pela identificação com a fragilidade e dependência do filho, suas próprias defesas estarão comprometidas e viver a morte do filho demandará um árduo trabalho, podendo colocar sua saúde em risco. A mulher vivia um estado especial de preparação para a maternidade, iniciando um processo de investimento narcísico em seu bebê, contudo, subitamente o trabalho psíquico a realizar se modifica bruscamente e ela precisará se desligar desse estado.

O bebê morto não permite, ou torna muito difícil, que a mãe lhe odeie. Aceitar a ambivalência se torna extremamente penoso, pois corresponde à confirmação de que seu ódio por ele, ou seu desejo de morte, realmente lhe feriram. Como Winnicott (1947/1978a) afirmou, ao não se permitir odiar seu bebê, esse ódio será autodirigido. Observamos em oportunidades anteriores que, com frequência, o luto perinatal é vivido com potencial risco melancólico. Freud (1917[1915]/1974b) aponta como a melancolia está relacionada a uma perda enigmática em que o próprio eu do indivíduo perde o interesse para ele. Ao invés da instalação do trabalho de luto, travam-se inúmeras lutas em torno do objeto, nas quais ódio e amor se enfrentam no inconsciente e o ódio pelo objeto perdido será dirigido ao próprio eu.

Pais que perdem seus filhos quando se preparavam para recebê-los nem sempre serão capazes de entrar no processo de elaboração do luto. São confrontados com a perda de um objeto de amor virtual e precisarão levar a realidade em conta, sem abandonar-se diante desta violência, no mesmo momento em que precisarão descobrir uma forma de se expressar criativamente, sem sucumbir a um mundo alucinatório (Barone, 2004). Em nossa análise, esse desafio pode ser entendido a partir do conceito winnicottiano de fenômeno transicional, pois o óbito perinatal, pela evocação da morte de um objeto ainda virtual, convoca algo que entrecruza fatalmente o intrapsíquico e o intersubjetivo, sublinhando a necessidade de pensarmos o espaço intermediário.

Winnicott (1951/1975a) desenvolveu o conceito de espaço potencial para se referir a um espaço intermediário entre o objetivo e o subjetivo, onde ele localiza a experiência criativa. Para Winnicott (1959/1975b), o viver criativo se constitui na capacidade de transitar entre o dentro e o fora, abandonar-se a estados não integrados, com a segurança de que a reintegração é possível. De acordo com a

bagagem de cada indivíduo e seu aparato psíquico, ele contará com uma herança mais ou menos oportuna para desfrutar dessa confiança no ambiente e, portanto, da capacidade de criar. Destaca que só podemos pensar num viver criativo considerando o meio ambiente. Para ele, a forma de lidar com as perdas ao longo da vida de uma pessoa tem como protótipo a perda da mãe, vivida ainda enquanto bebê em sua experiência de separação eu-outro. Nesse início, para dar conta de uma perda dessa magnitude, é forjado o desenvolvimento do espaço de ilusão, espaço em que se torna possível reencontrar, de alguma forma, o que foi perdido.

A criatividade é um conceito que Winnicott aproxima dos conceitos de espaço potencial e do brincar (Romão-Dias, 2007). Por relacionar-se à saúde e à vontade de viver, a criatividade é crucial, não só nas fases iniciais da vida, mas segue indispensável por toda a vida do indivíduo. Assim sendo, para que haja saúde e vontade de viver, é essencial a preservação da criatividade durante toda a vida, mesmo em momentos de crise, como na morte perinatal.

Winnicott (1990/1962) considerava a psicanálise e a psicoterapia como práticas clínicas constituídas em um espaço potencial e transicional, instituído entre o analista e o analisando, e, consequentemente, contornando as experiências de sonhar e de brincar. Os analistas possuem características de um fenômeno de transição – embora representem o princípio da realidade, nem por isso deixam de ser objeto subjetivo para o paciente. Desse modo, psicoterapia ou análise podem auxiliar na busca de respostas criativas, ativando o espaço potencial, instigando mudanças subjetivas. Através do estímulo à colocação em palavras de vivências que, a princípio, pareciam indizíveis, a terapia auxilia na objetificação do filho morto. Quanto mais o bebê for investido psiquicamente e chamado pelo nome que seus pais escolheram, mais lugar será dado às circunstâncias de sua curta existência e de sua morte e, assim, mais os pais estarão em condição de fazer seu luto por esse bebê (Mathelin, 1999).

2.4. Vinheta clínica

Com experiência de muitos anos em psicologia hospitalar em maternidade e UTI neonatal, acompanhamos inúmeras famílias que sofreram perdas perinatais e, evidentemente, essas situações são sempre extremamente penosas aos pais e envolvidos. Sabemos que não há preparo possível para uma perda dessa magnitude,

no entanto, em alguns casos, nos chama atenção uma função protetora da antecipação. Como no caso de Leticia e Marcelo.

Após alguns anos de casamento, Leticia e Marcelo decidiram ampliar a família e engravidaram sem grandes dificuldades. Tiveram uma filha, que nasceu com uma má formação congênita importante, não detectada no pré-natal. Ela faleceu pouco após o seu nascimento. A mudança brusca de cenários previstos deixou os pais na perplexidade cruel da realidade, sem que pudesse haver nenhuma proteção diante da dor imposta pela perda completamente inesperada. Letícia desenvolveu depressão e teve muita dificuldade de viver um trabalho de luto pela filha. Felizmente, Leticia iniciou um acompanhamento com psicanalista, podendo trabalhar questões importantes para o reconhecimento da existência de sua filha, assim como de sua morte. Marcelo também iniciou acompanhamento psicoterápico posteriormente.

Passado algum tempo, voltaram a realizar exames e investigações para poderem se dedicar a um novo projeto de gravidez. Dessa vez, precisaram se submeter a um processo de fertilização assistida, e conseguiram engravidar de Rafael. Durante um exame realizado no pré-natal constataram uma série de alterações cardíacas graves que, segundo os especialistas, comprometeria as possibilidades de nascimento. Leticia e Marcelo procuraram uma equipe obstétrica que lhes parecesse bastante acolhedora e começaram a pensar na forte possibilidade de o filho nascer morto, mas, ainda assim, podendo cultivar espaço para diferentes cenários. Contrataram doula e fotógrafo para a sala de parto, após muito conversarem com os profissionais sobre a possibilidade de Rafael não estar vivo e que, ainda assim, gostariam dos registros. Montaram uma playlist com as músicas que gostariam de ouvir no parto, compraram algumas roupas para o bebê, mas não montaram um quarto para ele. Leticia fala que, apesar de tentar se convencer a não ter esperança, nutria secretamente um desejo de que o filho nasceria vivo. E dizia que já tinha cotado preço de berço e outros itens, que se precisasse já sabia onde comprar rapidamente.

Por mais difícil que fosse imaginar qualquer situação após o parto, Leticia e Marcelo viveram a gestação com muita ansiedade, mas minimamente experimentando antecipadamente suas próprias reações comportamentais, podendo considerar diferentes respostas ou soluções possíveis. Mantiveram-se em terapia e foram acompanhados também pela psicóloga hospitalar nos momentos de

internação (tiveram duas internações durante a gestação). Assim, ao pensar na possibilidade da morte, puderam pensar o que gostariam de fazer, caso o filho realmente morresse. Queriam lhe pegar no colo, queriam música, queriam lhe vestir, queriam registros da passagem dele. Ao invés do tradicional "chá de fraldas", em que os pais são presenteados com fraldas para o bebê, fizeram um "chá de bençãos", onde receberam mensagens, pequenos presentes e orações de apoio e fé das pessoas mais íntimas. Nesse caso, abriram a oportunidade para que a rede de apoio também se expressasse e pudesse ter um lugar.

Rafael não nasceu vivo, mas seu lugar simbólico junto aos pais estava garantido. Todos os registros que foram produzidos puderam ser revisitados no processo posterior de luto dos pais, ajudando-os a vivê-lo de forma mais saudável. Pensar que os pais sofreram menos por terem minimamente antecipado esse cenário, seria um erro. O sofrimento foi igualmente forte, segundo os próprios pais e a equipe presente no "parto despedida". Fizemos um acolhimento de um profissional presente nesse momento, que descreveu como a "experiência mais triste de toda sua carreira". O que mudou foi a forma de encarar o trabalho subsequente à perda.

2.5. Considerações teóricas

Fazer o luto por um bebê que tem registros a serem revividos torna o objetivo mais palpável. Como Freud (1917[1915]/1974b) nos ensinou em "Luto e melancolia", um trabalho de luto bem-sucedido começa com o teste de realidade. Só através da constatação de que houve a perda é que se pode ter a clareza de que o objeto de amor já não existe mais e, consequentemente, toda libido deverá, aos poucos, ser retirada de suas ligações com ele. Cada lembrança e expectativa isoladas, ligadas ao objeto perdido, deverão ser evocadas e hipercatexizadas até o desligamento da libido se realizar em relação a cada uma delas.

Leticia e Marcelo, ao considerarem a morte de Rafael como um dos cenários possíveis, puderam lhe conferir um espaço simbólico, ainda que na ausência de um futuro. Viveram o seu nascimento-morte, encararam a dureza do real do seu corpo sem vida, do parto sem choro do bebê, mas contaram com inúmeras "vestígios" de sua concretude, ou seja, Rafael não era apenas narcísico, um bebê interno, já tinha algo de objetal também e, portanto, passível de um trabalho de luto. Porém, um luto que deve comportar esses dois aspectos: narcísico e objetal. Ao mesmo tempo que

esses pais precisam fazer um luto pelo objeto perdido, precisam fazer um luto de partes de si mesmos, que precisaram ser enterradas juntas ao filho.

Outro ponto importante a considerar, na vivência do trabalho posterior à perda perinatal, é a presença de rede de apoio. Conforme vimos, os pais, especialmente as mães, encontram-se regredidos, seja por uma reativação de suas próprias questões infantis ou por uma identificação com o bebê que já pode ter se estabelecido. Nesses casos, estarão mais fragilizados, lançados à revivência de seu próprio desamparo inicial e, portanto, o papel da rede de apoio se faz crucial. Infelizmente, observamos ser comum que familiares ou pessoas próximas não saibam se expressar frente a essas perdas precoces e acabam frequentemente deixando os pais isolados em sua dor. O medo de falar sobre o bebê morto e a vontade, por vezes genuína, de poupar os pais de mais sofrimento, acabam passando mensagens ambíguas para os pais, podendo dificultar a vivência de um trabalho de luto e aumentando a potencialidade de viver esse trabalho de formas menos saudáveis, até patológicas.

Importante pontuarmos que a antecipação de cenários dolorosos, como o risco de morte ou má formações no bebê, nem sempre terá função protetora. Em alguns casos, a antecipação pode dar ao objeto interno um lugar ameaçador e desencadear quadros preocupantes. Na vinheta clínica apresentada, os recursos internos dos pais, a relação conjugal e familiar, o apoio dos profissionais e da rede de apoio que tiveram, dentre outros fatores, lhes ajudaram a vivenciar a experiência da morte do filho de forma mais criativa e amparada.

Consideramos que o caso acima, apesar de doloroso, pode ser considerado bem-sucedido, pelo fato de ter contado com diferentes profissionais de saúde e rede de apoio pessoal atuando com uma preocupação ética comum de respeito pela subjetividade criativa dos pais. Psicóloga, médico, doula, fotógrafo, entenderam que os pais eram os protagonistas dessa história e puderam lhes ajudar a fazer as escolhas possíveis nesse cenário.

O fato de os pais terem tido oportunidade e disponibilidade interna para colocar em palavras suas questões em psicoterapia após a primeira experiência de perda, provavelmente os ajudou a inscrever psiquicamente as experiências de morte, não as aprisionando no espaço do traumático. Quando não é possível falar sobre a morte e sobre o bebê, a elaboração da perda se torna muito mais desafiadora. Mathelin (1999) afirma que o trauma surge na falta de palavras que venham dar

sentido ao ocorrido, pois o trauma é “sem fala, ele permanece sem palavras porque é por definição impensável” (p. 17).

2.6. Conclusão

A clínica da perinatalidade não deve se restringir ao estudo e acompanhamento das patologias, mesmo em casos de morte dos filhos. Como nos indicou Missonnier (2016), podemos fazer um trabalho de prevenção perinatal. Trabalhos em promoção em saúde com mulheres e homens que pretendem engravidar, trabalho de psicoeducação com gestantes, acompanhamento pré-natal integral, acompanhamento multiprofissional às famílias que são detectadas com gravidez de risco, trabalho com rede de apoio, são algumas medidas que podem ajudar a pensar em prevenção de casos menos saudáveis nessa clínica.

Os profissionais de saúde das instituições perinatais precisam compreender a imprescindibilidade do trabalho em conjunto em prol dos pais e do bebê. Precisamos superar qualquer desconforto da comunicação interprofissional e abandonar lutas hierárquicas que podem ameaçar a coletividade e o trabalho em rede. Dessa forma, será mais possível nos abrirmos à antecipação das competências parentais e, como Missonnier (2016) nos indicou, será assim que a prevenção precoce poderá ocorrer nos cuidados perinatais.

Também cabe ressaltarmos que o profissional de saúde tem uma grande responsabilidade por estar diante da dor dos pais e pode ajudar (ou atrapalhar) as famílias enlutadas através de sua postura, diminuindo os obstáculos à vivência do luto, ajudando-os a entrar em contato com a concretude do bebê e da realidade de sua morte, permitindo a participação ativa dos pais, amparando as famílias para que possam falar sobre seus sentimentos e desejos frente à morte do filho. Nesse sentido, o profissional também precisa ser apoiado. Ressaltamos aqui, nessa conclusão, a importância de espaços institucionais, nos quais o profissional de saúde possa expressar suas angústias relacionadas ao cuidado, à parentalidade e à morte e validar suas emoções.

Por fim, destacamos a importância do espaço da análise dos pais que sofreram a perda perinatal para poderem inventar saídas criativas frente a uma perda tão preciosa e enigmática. A psicanálise pode dar a possibilidade aos pais de se apropriarem de suas histórias, ajudá-los a entender o que perderam no bebê que morreu, e então poderem iniciar um trabalho de inscrição da morte em seus

psiquismos. Para o luto perinatal poder ser vivenciado, precisa haver um trabalho de objetificação do feto/bebê, mas, ainda assim, esse luto comportará necessariamente uma faceta narcísica. Acreditamos que essa necessidade de fazer luto de uma parte de si mesmo só poderá ser atingida com o estabelecimento de um espaço potencial, no qual sejam possíveis construções criativas, conforme aconteceu no caso trazido e através de um ambiente favorável.

3
Vicissitudes do óbito perinatal

Resumo: A proposta desse artigo consiste em refletir sobre os caminhos possíveis após os óbitos perinatais, entendendo que a instauração do trabalho de luto é possível, mas que nem sempre ocorre. Nosso objetivo é aprofundar o entendimento sobre as particularidades do luto perinatal, considerando diferentes desdobramentos após a morte do feto/bebê. Nesse artigo destacamos três fenômenos relevantes diante de tal perda: a elaboração do luto, a depressão e a melancolia. Os desdobramentos que se afastam da saúde psíquica não são necessariamente definitivos e podem representar uma etapa no enfrentamento da perda perinatal, até que chegue o momento em que seja possível o reconhecimento psíquico da morte. Contudo, em algumas situações, essas etapas podem se tornar fixas, ameaçando desencadear estados patológicos.
Palavras-chave: Luto, melancolia, depressão, luto patológico, psicanálise

Vicissitudes of perinatal death
Abstract: The purpose of this article is to reflect on the possible paths after perinatal deaths, understanding that the establishment of mourning work is possible, but that it does not always occur. Our objective is to deepen the understanding of the particularities of perinatal grief, considering different developments after the death of the fetus/baby. In this article, we highlight three relevant phenomena in the face of such loss: the elaboration of grief, depression, and melancholy. The developments that move away from psychic health are not necessarily definitive and may represent a stage in coping with perinatal loss, until the moment arrives when the psychic recognition of death is possible. However, in some situations, these steps can become fixed, threatening to trigger pathological states.
Keywords: Grief, melancholy, depression, pathological grief, psychoanalysis

Vicisitudes de la muerte perinatal
Resumen: El propósito de este artículo es reflexionar sobre los posibles caminos después de las muertes perinatales, entendiendo que el establecimiento de un trabajo de duelo es posible, pero que no siempre ocurre. Nuestro objetivo es profundizar en la comprensión de las particularidades del duelo perinatal, considerando diferentes desarrollos después de la muerte del feto/bebé. En este artículo, destacamos tres fenómenos relevantes ante dicha pérdida: la elaboración del duelo, la depresión y la melancolía. Los desarrollos que se alejan de la salud psíquica no son necesariamente definitivos y pueden representar una etapa en el enfrentamiento de la pérdida perinatal, hasta que llega el momento en que es posible el reconocimiento psíquico de la muerte. Sin embargo, en algunas situaciones, estos pasos pueden volverse fijos, amenazando con desencadenar estados patológicos.
Palabras clave: Duelo, melancolía, depresión, duelo patológico, psicoanálisis

Vicissitudes de la mort périnatale
Résumé: Le but de cet article est de réfléchir aux chemins possibles après les décès périnataux, en comprenant que la mise en place d'un travail de deuil est possible,

mais qu'il n'a pas toujours lieu. Notre objectif est d'approfondir la compréhension des particularités du deuil périnatal, en considérant les différents développements après la mort du fœtus/bébé. Dans cet article, nous mettons en évidence trois phénomènes pertinents face à une telle perte : l'élaboration du deuil, la dépression et la mélancolie. Les évolutions qui s'éloignent de la santé psychique ne sont pas nécessairement définitives et peuvent représenter une étape dans l'adaptation à la perte périnatale, jusqu'au moment où arrive le moment où la reconnaissance psychique de la mort est possible. Cependant, dans certaines situations, ces étapes peuvent devenir fixes, menaçant de déclencher des états pathologiques.
Mots-clés: Chagrin, mélancolie, dépression, chagrin pathologique, psychanalyse

3.1. O trabalho psíquico do luto

O luto é um processo doloroso que requer uma renúncia a um objeto perdido. Freud trouxe diversas contribuições inovadoras à reflexão científica, sendo uma das mais importantes a sua elaboração metapsicológica sobre o luto em seu ensaio de 1917, intitulado "Luto e melancolia". Nesta obra relevante, Freud (1917[1915]/1974b) refletiu sobre o trabalho de reorganização libidinal imposto ao aparelho psíquico após uma perda. Ele define o luto como o trabalho psíquico que sucede a perda de um objeto de amor. A perda deste objeto leva a um desinteresse pelo mundo externo, com exceção daquele relacionado ao objeto amado ausente. Desta forma, apenas objetos que evocam o objeto perdido despertam interesse, impossibilitando a escolha de um novo objeto de amor até que o processo de luto seja completado. Como resumiu Garcia-Roza (2004), trata-se de um forte vínculo amoroso que se perde com o objeto e que deve ser desfeito para dar espaço a novos vínculos.

Freud (1917[1915]/1974b) deixa claro que, mesmo que essa reação pareça prejudicial ao sujeito e que seja, de fato, geradora de um estado de ânimo doloroso, não pode ser considerada uma patologia. O luto é um evento normal da vida, mas que demanda grande quantidade de energia e de tempo para ser superado. Assim, o autor nos indica que não há tempo pré-determinado para a vivência do luto e que ele não deve ser patologizado, na medida em que, ao fim desse processo, espera-se que o sujeito possa novamente estabelecer novos investimentos libidinais. O trabalho de luto objetiva recompor a saúde psíquica, sendo ativado justamente para que, após a constatação de que não existe mais o objeto de amor, o sujeito possa elaborar essa ausência, assimilar a perda e aprender a viver sem ele.

Observamos, contudo, que, em nossa cultura atual, existe uma tendência a tentar enquadrar o luto em processos de patologização e consequente

medicalização. A última edição do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), organizado pela American Psychiatric Association – APA (2014), demonstra como a temática do luto está sendo considerada atualmente. Esse manual traz uma mudança em relação à diferenciação entre o luto normal e o patológico atrelada ao tempo cronológico. Depois de um ano (ou seis meses, no caso de crianças enlutadas) em que um conjunto de sintomas do luto continua presente, o enlutado passa a ser diagnosticado com o Transtorno do Luto Complexo Persistente. Após o período estabelecido, as reações relacionadas ao luto passam a ser consideradas sintomas que estariam prejudicando a funcionalidade do indivíduo.

Essa mudança nos alerta para a tentativa de padronizar a reação frente às perdas e desconsiderar o luto enquanto um processo singular de cada sujeito. O tempo de elaboração costuma ser bastante variável para cada indivíduo, e tentar atrelá-lo a um determinado período cronológico nos parece controverso, dada a complexidade desse trabalho. Um desinvestimento aparentemente rápido não significa um luto fácil, assim como um processo que demande mais tempo não será necessariamente patológico. O respeito à temporalidade de cada um nos parece ser uma das chaves importantes no acompanhamento às famílias enlutadas. O luto será também influenciado pelo arcabouço psíquico do sujeito, pelas características do próprio objeto e da relação que o sujeito tinha com ele, pelas identificações e ambivalências contidas nessa vinculação.

Vemos como positivo que os próprios organizadores do DSM-5 tenham apontado a necessidade de que um maior número de estudos seja realizado para que se possa chegar a uma definição sobre lutos patológicos em suas próximas edições (APA, 2014). Dessa forma, nosso estudo pretende também ser uma colaboração à compreensão desse fenômeno.

Frequentemente, e cada vez com mais intensidade, escutamos expressões como “luto complicado”, “luto prolongado” e “luto patológico”. Ao nos depararmos com essas expressões, nos questionamos se se trata de algo que se aproxima da patologia realmente, ou se apenas segue um curso singular que não se enquadra ao esperado.

Feita a ressalva de que o processo do luto dito normal implica dor e tempo, e que não deve ser padronizado nem patologizado, reconhecemos que alguns casos seguem afastando-se da saúde psíquica. Em “Luto e melancolia”

(1917[1915]/1974b), Freud se preocupou em distinguir o estado normal do luto e da melancolia, já apontando para essa possibilidade de a elaboração da perda do objeto de amor não ocorrer de forma saudável. Notamos que Freud basicamente considerou dois destinos possíveis para o luto, a elaboração bem-sucedida, com a liberação da libido para outros objetos, ou a melancolia. Nesse mesmo trabalho, Freud cita rapidamente a possibilidade de uma recusa da perda, que poderia levar a uma psicose alucinatória. Posteriormente em nosso artigo, pretendemos considerar outros destinos possíveis.

O que nos propomos neste trabalho é pensar sobre as vicissitudes após os óbitos perinatais, entendendo que a instauração do trabalho de luto é possível, mas que nem sempre ela ocorre, ou pode enfrentar tempos diferentes até poder ser deflagrada. A morte perinatal apresenta certas especificidades que nos parecem intensificar a dificuldade para instauração desse trabalho.

3.2. Óbito perinatal

Para fins de estudo, o Ministério da Saúde (2009) definiu o óbito perinatal como o óbito ocorrido no período que se inicia em 20 semanas completas de gestação ou peso maior ou igual a 500g e termina aos sete dias completos de vida, com qualquer peso. A análise conjunta da mortalidade fetal e da neonatal precoce é importante, porque as causas de mortes fetais e neonatais precoces são similares, podendo facilitar reflexões e análises. Quando a morte do feto acontece antes das 20 semanas de gestação, considera-se que houve um aborto espontâneo, o que certamente também implicará vivências específicas; da mesma forma que ocorre com bebês que morreram precocemente, mas passaram um tempo maior com seus pais e outros familiares.

Para nós, não parece imprescindível a delimitação precisa da idade gestacional ou dos dias de vida em que a morte ocorre, no entanto, utilizaremos a definição usualmente estabelecida para que possamos compreender a relevância da temática sobre a qual nos debruçamos dentro dos dados apresentados pelo Ministério da Saúde.

No Brasil, em 2018, a mortalidade perinatal estimada foi de 15,5 por 1.000 nascidos vivos (Nobrega et al., 2022), sendo considerada uma taxa elevada, o que torna o óbito perinatal uma das preocupações relevantes de saúde pública em nosso país. No mundo todo, estima-se que 45% dos óbitos até cinco anos ocorram no

período neonatal, correspondendo à perda de 2,6 milhões de vidas por ano. Além disso, cerca de 2,1 milhões de óbitos fetais ocorrem nos últimos três meses de gestação ou no momento do parto.

Neste artigo, pretendemos pensar sobre algumas formas de lidar com o óbito nesse período, por entendermos que é algo que atinge uma população considerável a nível global, mas especialmente em nosso país. Nossa ideia é aprofundar o conhecimento sobre as especificidades do luto perinatal para podermos, em momentos posteriores, refletir sobre suportes e acompanhamentos mais adequados para as famílias enlutadas.

3.3. Sutilezas do luto perinatal

Soubieux (2015), psicanalista francesa com longa experiência em serviços de diagnóstico perinatal e neonatologia, compreende que o luto perinatal exige uma reflexão especial e uma abordagem particular. Ela traz alguns pontos sobre a morte nesse período singular: morte que ocorre alterando a ordem natural das coisas, a dificuldade do entorno de compreender e validar essa perda, morte no corpo feminino e a representação do feto-bebê ser incerta. Acrescentamos aos pontos levantados pela autora a questão da ambivalência, sempre presente nas relações entre os pais e seus filhos, e o próprio fato de a morte ocorrer na gestação (ou pouco após), momento conhecido por intensas crises psíquicas e revivência de conflitos e investimentos narcísicos.

Aragão (2012) pensa a gravidez como um estado que produz uma alteração radical dos referenciais, já materializados pelas mudanças corporais e pela mudança de lugar na cadeia de filiação (passagem de filha à mãe). A autora observa que a "loucura materna normal" traz à tona antigos ferimentos narcísicos, traumatismos, lutos e a herança transgeracional, tornados mais acessíveis em razão do enfraquecimento do recalque. O enfraquecimento do recalque mencionado por Aragão deve-se à maior abertura ao inconsciente, fenômeno descrito por Bydlowski (2002) como "transparência psíquica", em que se observa nas grávidas um enfraquecimento das resistências, um forte investimento da história pessoal e um retorno das vivências infantis. Quando a morte ocorre nesse cenário de crise psíquica, o que acontece é a sobreposição de duas crises. No momento em que os pais se preparavam para receber uma criança, precisarão lançar mão de um trabalho na ordem inversa. Soubieux (2018) fala que a morte perinatal é uma "combinação

insuportável entre a vida e a morte" (p. 23), lançando luz para a problemática do óbito ocorrer quando se estava esperando uma nova vida. A morte imobiliza uma caminhada, a promessa de um futuro cheio de projetos.

No óbito perinatal, algumas questões tornam a entrada no processo de luto mais complexa. Faltam dados que comprovem a realidade da perda, mas também da própria existência do bebê. Ele não chegou a nascer ou viveu muito pouco e, portanto, o teste de realidade fica bastante comprometido. Não há a revelação, por parte da realidade, que o objeto de amor não existe mais. O objeto perdido não foi um objeto real, mas um objeto em potencial, um "objeto virtual", tal como descrito por Missonnier (2004). A relação de objeto virtual é o modo de relação particular que se estabelece entre a mãe e o bebê ainda no ventre materno, sendo um processo dinâmico e adaptativo que envolve comportamentos, afetos e representações em torno do feto. Nesse sentido, o objeto perdido possui um estatuto diferente do de outras perdas.

Quando Freud pensou sobre o trabalho de luto, se baseava a priori no luto de um objeto total, distinto de si. Já o luto perinatal traz a necessidade de um trabalho psíquico diferente, uma vez que o bebê ou feto, nesse momento inicial, possui tanto características de objeto externo, como características narcísicas. Aragão (2012) define que o bebê, nesse início, tem um duplo estatuto: presente no interior do corpo da mãe, mas ausente da realidade visível, sendo, portanto, um objeto eminentemente narcísico, que existe sem existir. Os pais, que precisam fazer o luto dessa criança virtual, não são confrontados com a perda de um objeto externo estabelecido. Nesse caso, a mãe precisará se identificar não com um objeto externo morto (como o processo descrito por Freud), mas se identificar com o objeto interno virtual. E depois, gradualmente, precisará deixar morrer uma parte de si mesma. Portanto, o luto perinatal envolve necessariamente facetas narcísicas e objetais.

Somado a isso, tem-se o fato de o bebê usualmente não ter tido sua existência compartilhada com outros familiares, que acabam atribuindo descrédito à dor que os pais sentem. A realidade, ao invés de exigir a retirada da libido das ligações com o objeto perdido, os lança em um estado de confusão, sendo ainda mais penoso abandonar sua posição libidinal. Normalmente, após um óbito perinatal, os pais contam com poucas recordações do filho, podendo produzir uma sensação de irrealidade e vazio. Klaus e Kennell (1987) observam que, quando um bebê morre, existe forte tendência a se eliminar rapidamente qualquer evidência da

morte, o que pode tornar a comprovação da morte ainda mais difícil de ser reconhecida e elaborada. Com frequência, as mães são "poupadas" de algumas situações após a constatação da morte, como ver o bebê morto, participar do enterro, decidir o que fazer com seus pertences. Sem o contato dos pais com a dureza da realidade que se impõe, o teste de realidade fica comprometido e podemos ter uma dificuldade a mais para a instauração desse trabalho. Freud (1917[1915]/1974b) foi claro em destacar a importância do teste de realidade como deflagrador do trabalho do luto. Assim ele explica o trabalho que o luto realiza:

> O teste de realidade revelou que o objeto amado já não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Essa exigência provoca uma oposição compreensível, é fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo na realidade, quando um substituto já lhes acena. (p. 276)

Soubieux (2018) define o luto perinatal como um acontecimento impensável, e diz que a sociedade tende a apagar rapidamente o ocorrido, transformando-o em um "não ocorrido". Em nossa clínica, vemos com frequência casais queixando-se de se sentirem sozinhos e incompreendidos em seus sentimentos dolorosos de tristeza. Com frequência, falam que se sentem pressionados a "retomar a vida" rápido demais. Soubieux (2018) fala que os pais não se sentem reconhecidos como pais e seu estatuto se torna incerto:

> A barriga está flácida e vazia, o berço também. Um vazio que toma o lugar do ausente. Status vazio também: ontem futuros pais e hoje? Quem vai reconhecer o título de pais para esses pais e mães sem bebê? Certamente, não as pessoas em torno que tendem a varrer a morte da criança com fórmulas prontas do tipo "Sigam em frente!" (p. 27)

Esse luto também é singular, porque afeta as mulheres no seu corpo e remete este vivido para as lembranças do corpo desta mãe com a própria mãe em seus aspectos mais originais (Soubieux, 2018). É uma perda intimamente ligada ao corpo da mãe, por isso mesmo, a autora afirma que é um luto físico, que traz à tona questões relacionadas à maternidade e à feminilidade. O corpo muda, evidenciando a passagem do bebê – muitas vezes existe mesmo a marca da cicatriz operatória da cesariana –, deixando traços indeléveis de que o bebê existiu e escancarando sua ausência. De certa forma, o corpo da mãe é marcado e pode ser transformado em lugar de memória da própria morte.

3.4. Caminhos possíveis

Toda história de morte perinatal é única, cada mãe e cada pai terá que tentar sobreviver do seu jeito, com suas próprias capacidades psíquicas e bagagens acumuladas durante sua vida. O lugar ocupado pelo bebê morto no psiquismo dos pais pode levar a desdobramentos diferentes. Entendemos que as evoluções não são necessariamente fixas e podem constituir um estágio no desenvolvimento da perda perinatal, enquanto se aguarda um momento no qual será possível o reconhecimento psíquico da morte. Porém, em alguns casos, esses tempos podem se tornar fixos e ameaçam levar a estados patológicos.

Soubiex (2008) afirma que o luto perinatal depende de muitos fatores relacionados a objetos internos e relacionamentos iniciais, portanto, existem tantas formas de luto quanto díades mãe-bebê e díades pai-bebê. Por isso, os possíveis destinos apontados aqui não pretendem de sobremaneira esgotar as possibilidades existentes, apenas refletir sobre alguns desdobramentos que nos parecem relevantes.

Retomando a noção de trabalho de luto para Freud (1917[1915]/1974b), entendemos que esse trabalho visa à ligação das impressões traumatizantes pelo aparelho psíquico, o que só poderá ocorrer com a renúncia ao objeto perdido. No entanto, como Freud mesmo foi claro em afirmar, sempre haverá relutância da parte do sujeito para fazer tal renúncia, pois o abandono de uma posição libidinal é sempre custoso. Freud observou que a recusa em abandonar essa posição libidinal levada ao extremo poderia desencadear uma psicose. O que pretendemos pensar aqui será em torno de outras formas defensivas que podem se instalar, na tentativa de contornar essa perda do objeto e da posição libidinal.

Mathelin (1999) afirma que, quanto mais o bebê for falado, mais um lugar poderá ser dado às circunstâncias de seu nascimento e de sua morte, e mais os pais estarão em condição de fazer o luto por esse bebê. Nesse sentido, a autora resume que os objetivos principais do trabalho analítico com esses pais devem ser tentar simbolizar a partir do real, dar novamente sentido e lugar para que as coisas inomináveis tentem se dizer. No entanto, nem sempre os pais conseguem colocar em palavras e inserir numa cadeia associativa as representações sobre a morte de seus bebês. Abraham e Torok (1968/1995) salientam que, quando um objeto perdido não consegue ser falado, que não pode, por alguma razão, ser confessado enquanto perda, a elaboração psíquica não será possível.

Soubieux (2008) fala que o trauma causado pela morte de um feto ou de um bebê pode produzir um efeito de encarceramento do pensamento. A autora aponta que, nesses casos, o evento traumático pode se congelar, num tempo parado, impessoal e intangível, no qual o trabalho do luto está bloqueado. Somente o trauma e sua revivescência continuam a alimentar o psiquismo. Casos como esses são aqueles em que os pais só pensam na morte de seu bebê, repetem incansavelmente todos os detalhes que cercam o evento da perda. Os pais não podem se livrar disso, porque toda sua vida psíquica é invadida pelo trauma e esse pensamento repetitivo fica sendo a única vinculação possível com a criança morta.

Le Goanvic (2018) observa que, nesses casos, uma imagem traumática permanece intensa e "não digerida" por não haver uma representação para ela, de tal modo que não pode ser ligada às redes de representações. Sem poder fazer conexões com as representações, o trauma permanecerá gravado como está e não poderá se encaixar na história do sujeito como uma memória ligada ao resto de sua vida.

Soubieux (2008) nos alerta que o evento traumático revela algo importante sobre a pessoa, algo que diz mais do que a própria pessoa poderia conhecer. Através desse conhecimento inconsciente revelado pelo objeto traumático que poderá surgir a possibilidade do luto. Escutar esse tempo de repetição e certo congelamento pode permitir o acesso ao potencial psíquico desconhecido até então pelo sujeito. Por isso, sempre será importante ajudar esses pais a falarem sobre a perda e sobre seus bebês, ainda que nos pareça não haver trabalho elaborativo. Através da fala, algo pode escapar, nos indicando uma possível via de compreensão da posição que esse objeto perdido possa ter estabelecido.

Algumas vezes, não se trata mesmo de um trabalho psíquico real, mas apenas de formas de sobreviver. Soubieux (2008) pontua que o primeiro passo diante de uma perda dessa magnitude é o da sobrevivência psíquica. Às vezes, pode não ser possível a elaboração psíquica em um determinado tempo após o luto, no entanto, esses tempos não são necessariamente fixos e podem constituir um estágio para a posterior entrada em um trabalho rumo à transformação psíquica. Portanto, nesse tempo de sobrevivência, devemos permitir aos pais um momento de ausência de trabalho psíquico, de vazio. A rede de apoio dos enlutados e os profissionais que os acompanhem devem ser capazes de apoiar o vazio, o sofrimento do outro. Nas palavras de Soubieux (2008):

> Permitir a regressão, a revolta, excitação, gritos, choro. Aceitar ser o depositário psíquico do impensável do outro, enquanto sua sobrevivência é garantida. Não é recusar a realidade de sua partida, é apenas dar um pouco de tempo para consumir a ausência, para permitir que o bebê exista, para não trair sua presença tão pequena na vida em nossa terra. (p. 96, tradução nossa)

Freud (1923/1996a) sugere que toda perda objetal provoca uma alteração egóica. Ele acredita que a introjeção do objeto perdido possa ser a condição para que o eu abra mão de seus objetos amados. Não ocorre uma simples substituição de um objeto perdido por outros, mas uma alteração egóica devido à identificação por traços. O enlutado assimila alguns traços do objeto amado como forma de recompensa por ter que abrir mão dele.

Pinheiro, Quintella e Verztman (2010) falam que, quando o luto é possível, o sujeito poderá preservar algo do objeto perdido através de uma identificação feita por traços, de forma que o sujeito recolhe um traço para identificação, sabendo que algo lhe escapa. O que ocorre nesses casos é uma introjeção. Pinheiro (1993) descreve o conceito de introjeção como um processo de apropriação de sentido, um meio de introduzir na esfera psíquica não o objeto, mas suas representações simbólicas. Portanto, a introjeção é estruturante e só irá ocorrer quando eventos externos forem elaborados, inseridos na cadeia psíquica. Quando a introjeção falha, o mecanismo da incorporação é convocado. Abraham e Torok (1968/1995) classificam a incorporação como um artifício desesperado frente à introjeção impossível. Os autores nos ensinam que a incorporação é um mecanismo fantasmático que surge como uma compensação do prazer perdido e da introjeção ausente, realizando a instalação do objeto proibido (em nosso caso, por estar morto) no interior de si. Tem por objetivo recuperar, de forma mágica e oculta, um objeto que, por alguma razão, não pode ser introjetado.

No luto perinatal, pensar essa necessidade de introjeção do objeto perdido através de uma identificação com traços nos leva a uma questão mais complexa. Como poderá ser feita a identificação com esse objeto, sendo ele ainda eminentemente narcísico? A partir dessa questão, somos levados a refletir sobre o risco potencial de instalação de uma identificação narcísica, tal como ocorre na melancolia.

3.5. Melancolia

Freud (1917[1915]/1974b) elucida o fenômeno da melancolia o diferenciando do luto normal, uma vez que a libido, ao invés de se dirigir a novas escolhas objetais, se desprende das representações do objeto perdido e regressa ao próprio eu, promovendo uma identificação com esse objeto. O objeto se instala no eu através de uma identificação narcísica, de tal forma que o sujeito não precisa abandoná-lo. No entanto, paga um preço alto por isso.

Nos casos em que o feto/bebê for identificado como um objeto melancólico, a perda do objeto será transformada numa perda do próprio eu. Freud (1917[1915]/1974b) também observa que o objeto perdido do melancólico é mais idealizado que o do luto bem-sucedido e que, nesses casos, a perda do objeto pode ser inconsciente, pois não se está claro o que foi perdido, como no luto. A ambivalência em relação ao objeto perdido é muito intensa nos melancólicos, que se esquivam dele voltando contra si a hostilidade que sentiam do objeto. O supereu condena despudoradamente o eu como se fosse o próprio objeto, por isso as conhecidas autoacusações e a diminuição da autoestima, típicas dos estados melancólicos.

A perda desconhecida na melancolia nos lembra o quanto a representação do bebê perdido é incerta em um óbito perinatal. O que se perde quando um bebê morre tão precocemente? Já era um bebê? Era ainda um projeto? Algo objetal ou narcísico? Não nos prolongaremos aqui nessas reflexões, mas já indicamos que o estatuto do objeto perdido na perda perinatal comporta necessariamente algo de enigmático, uma vez que em torno da criança gestada havia muitas representações, projeções e expectativas, nem todas conscientes.

A melancolia se apresenta como um caminho possível, ainda que extremamente precário, às mães e aos pais que perderam seus bebês e não conseguiram iniciar o trabalho de luto. Na tentativa de não reconhecer a perda, ocorre uma incorporação do objeto perdido como uma sombra, assim como Freud descreveu a respeito da identificação melancólica. Através da identificação melancólica é possível garantir a permanência do vínculo amoroso, apesar da perda do objeto. Pinheiro (2005) afirma, a partir dos ensinamentos freudianos, que o melancólico não perde o objeto, mas perde-se no objeto. Impossibilitada de renunciar ao objeto de amor, lhe restará buscar reencontrar esse objeto

incessantemente. Isso pode sobrecarregar a história do casal e dos filhos que possam vir após essa perda não elaborada.

A incorporação do objeto como tentativa de se apossar objetivamente dele é uma recusa da perda, uma tentativa clara de esquivar-se do luto e, portanto, revela uma circunstância patológica específica, segundo a qual o melancólico não faz o luto da perda objetal. Quando existe cristalização da melancolia, há o risco de desmoronamento narcísico, pois, nesses casos, parece haver uma precariedade da formação narcísica do sujeito. Pinheiro, Quintella e Verztman (2010) explicam que o melancólico não pode perder o objeto ao qual se rendia, pois nele o sujeito encontrava sua única forma de existir.

Alguns fatores nos fazem pensar que a instauração de um tempo de melancolia no luto perinatal é potencialmente forte, correndo inclusive o risco de se cristalizar nessa fase e constituir um luto patológico. Freud (1917[1915]/1974b) citou algumas pré-condições para que a melancolia se instaure, dentre elas a forte fixação no objeto, uma escolha objetal de forte base narcísica e a presença de ambivalência. Esses três aspectos são facilmente encontrados no caso de mães e pais com seus bebês.

Soubieux (2008) indica que, no luto perinatal, um primeiro momento pode ser caracterizado por um tempo de identificação melancólica e, posteriormente, evoluir para um trabalho de luto. Quando não há uma precariedade narcísica acentuada, o sujeito pode descobrir formas de se reinventar perante a ausência do objeto de amor, ainda que inicialmente essa missão seja confusa.

Lembramo-nos de uma paciente que acompanhamos em nossa clínica, que perdeu sua filha poucos dias após seu nascimento prematuro, tendo a visto apenas poucas vezes em uma UTI Neonatal. Essa paciente relatou que, por muito tempo, seus sonhos eram sempre em preto e branco. Em certo momento, chegou a acreditar que seus sonhos foram sempre assim, “sem cor”, e ela que nunca havia percebido isso. Após um tempo de evolução do acompanhamento analítico, ela de repente percebe que os sonhos voltaram a ter cor. Esse fragmento clínico nos indica que algo que estava paralisado pôde ser retomado, a volta das cores nos sonhos coincidiu com o avançar do processo analítico.

3.6. Depressão

Outro fenômeno usualmente presente após a perda de um objeto amado, assim como ocorre nos óbitos perinatais, é o desenvolvimento de uma fase depressiva. Um tempo depressivo, caracterizado especialmente por tristeza intensa e falta de energia para realizar atividades, é extremamente comum diante das perdas, especialmente relacionadas a mortes de filhos. Existe grande preocupação atual para não enquadrarmos o luto como depressão, apesar de alguns sintomas comuns, especialmente a tristeza profunda. O próprio DSM-V (APA, 2014) dedica um tópico para diferenciar o luto do diagnóstico de depressão. Portanto, vale enfatizarmos que o feto ou o bebê morto pode ocupar o lugar de um objeto depressivo e evoluir posteriormente para uma elaboração possível, entretanto, em alguns casos, essa fase pode se estender e levar à fixação de uma depressão, apontando para um luto patológico.

Peres (2003) observa que, para a psicanálise, a depressão gira em torno da relação do sujeito com a falta, com a perda e com o vazio. Pode ocorrer em várias organizações psíquicas, seja em sujeitos neuróticos ou psicóticos, diante de uma perda. Assim, a autora observa que a depressão não está diretamente ligada a uma estrutura psíquica, mas diz respeito a uma posição subjetiva do sujeito. Dessa forma, afirma que a compreensão da depressão só pode ocorrer através da história de vida contada pelo sujeito que a vivencia.

Lambotte (2007) diferencia a depressão da melancolia, no entanto, nota que têm em comum seu principal sintoma: falta de interesse pelo mundo exterior. O que ocorre na depressão é que o sujeito se desinteressa do mundo externo em função de um acontecimento real, como uma perda no luto. Nesses casos, o sujeito sabe o que foi perdido, de modo que a autora afirma que o deprimido é capaz de delimitar a origem de seu mal-estar e esboçar tentativas de superação. Esse desinvestimento pelo mundo externo é uma tentativa (precária e arriscada) de elaboração, representa um investimento de energia na tentativa de elaboração de uma situação traumática. Já o melancólico está preso à fatalidade de um destino, em que acredita que nada pode ser feito.

Pinheiro (2005) entende que, quando o depressivo fala do que perdeu, está, na verdade, se referindo a uma perda do que ele foi um dia, uma perda de si mesmo. Assim, quando o feto permanece como objeto depressivo, existe uma perda, mas não do objeto em si, e sim uma perda da imagem do próprio eu. Pinheiro, Quintella

e Vertzman (2010) observam que, na depressão, há um registro psíquico da perda, o deprimido martiriza-se por ela e sabe o que ficou perdido. Ele protesta contra a perda e não se permite buscar novas possibilidades de investimento objetal. Os autores afirmam que "o deprimido tece uma narrativa sobre a perda, contudo não encontra sustentação para sua elaboração" (p. 161). Assim, concluem que, tal como o melancólico, mas por razões diferentes, o deprimido não faz o trabalho do luto, sendo como se o sujeito entendesse que, se ele não é mais como era, não quer mais nada.

Acompanhamos um casal que teve uma gestação tranquila e, poucas horas antes da Cesária agendada eletivamente, os médicos constataram que não havia batimentos fetais. O parto foi realizado com o bebê natimorto. Essa experiência foi extremamente traumática para os pais. Cada um pôde ter desdobramentos específicos, de acordo com seus recursos internos e questões relacionadas a sua própria história. Por muitos anos, para essa "mãe sem bebê" foi impossível sair de uma fase depressiva. Ela se afastou de seus amigos e de sua família, não conseguia mais conviver com gestantes ou crianças pequenas. Divorciou-se do marido por se sentir pressionada para engravidar outra vez, mas dizia que não poderia correr o risco de passar por outra dor como aquela.

Tal como Pinheiro, Quintella e Vertzman (2010) afirmaram, ao pensar na depressão, para essa mulher, a vida sem o seu filho não fazia sentido, então desinteressou-se pelo mundo. Não podendo ser mais a mãe que se preparava para ser, não queria ser mais nada. Ela perdeu a imagem de si mesma como mãe. Diante de tamanha frustração de não ter seu filho, paralisou-se, retirou-se de suas relações e fechou-se para seus desejos. Peres (2003) observa que a depressão implica justamente uma inibição libidinal. A perda do objeto de amor acarreta, no deprimido, essa perda de sentido da vida, que, por sua vez, remete o sujeito ao desamparo e à sensação de abandono. Impossibilitada de se conectar com seus desejos, ela se via numa experiência de vazio. Conviver com grávidas e mães lhe lembrava que ela não era capaz de fazer algo que tantas conseguiam, sentia-se ferida e isolada. Essa sensação de desamparo é, de acordo com Peres (2003), a responsável pela proliferação dos casos de depressão atualmente, afirmando que vivemos uma verdadeira "epidemia" de depressões.

Pinheiro, Quintella e Verztman (2010) postulam o conceito de crença narcísica para descrever determinadas formas de o sujeito se situar perante a perda.

A crença narcísica, advinda da sensação de onipotência do eu, fruto do hiperinvestimento dos pais na constituição do sujeito, nos leva a uma demanda remetida ao constante desejo de ser amado e reconhecido. A depressão faz referência a um apelo narcísico ideal, e será, segundo esses autores, uma defesa perante a perda e o desejo. A depressão seria uma forma de resposta aos impasses da onipotência narcísica, dizendo respeito a um conflito que ocorre entre o eu e o ideal do eu. Assim, concluem que o vazio ao qual se referem os deprimidos se refere ao vazio de não realizarem os ideais inerentes à cultura do narcisismo. O sujeito deprime como expressão do fracasso de seu ideal narcísico: "A imagem de si no presente é sempre insuficiente perante a exigência do eu-ideal absoluto e perdido" (p. 163).

Como indicamos anteriormente, ao trazermos algumas sutilezas do luto perinatal, existe uma cobrança social de que os pais enlutados retomem suas vidas rápido demais. Eles são confrontados, ao mesmo tempo, com o fracasso e com a pressa, marcas da inadequação em nossa sociedade narcísica. Falharam em serem produtivos e não podem "perder tempo".

Mendes, Viana e Bara (2014) observam que o aumento de diagnósticos de depressão sugere um descompasso entre as exigências sociais com a valorização da hiperatividade e a necessidade de tempo necessária para a elaboração psíquica. Os autores indicam que a vida cotidiana é marcada pelo excesso de ações que exigem uma organização rígida em relação ao tempo. Esse excesso de ações impede que o sujeito possa vivenciar as experiências. O sujeito é impelido o tempo todo a reagir rapidamente às experiências de perda, o que acaba dificultando e, até mesmo, impedindo a elaboração do luto. Pinheiro (2005) afirma que o tempo da pressa contemporânea acirra os modos de satisfação não mediados pelo desejo. Observa que existe uma negação do tempo da espera e da ação. Por isso, nessa cultura em que a norma é agir, muitas vezes o sujeito deprime, como expressão radical de sua dificuldade de agir.

A respeito dessa temporalidade cada vez mais acelerada da atualidade, Safra (2006) observa que existe uma dificuldade crescente das pessoas se autorizarem a ter uma experiência, pois a experiência é o tempo da demora. Para esse autor, o narrar daria condições às pessoas de se apropriar de suas experiências, mas destaca que, para que se possa experimentar e narrar, precisa-se estar suficientemente sustentada e reconhecida pela sociedade.

Muitas vezes, diante da perda perinatal, como vimos, os pais não encontram reconhecimento da sociedade, estando desenraizados, sem a possibilidade de compartilhar o que viveram. Os sujeitos vivenciam uma perda de grande magnitude, que abala sua crença narcísica de onipotência, mas são coagidos a "seguir em frente", não pensar, não refletir sobre essa perda, não viver essa experiência, nem a colocar numa narrativa. Ao entrar em contato com uma perda tão significativa, o indivíduo é confrontado com a situação inescapável – embora tente – de desamparo.

Missonnier (2015) afirma que o luto perinatal conduz as pessoas envolvidas a revisitar os primeiros capítulos de suas próprias vidas e a reviver esse período inquietante e angustiante de desamparo. O autor afirma que a morte do bebê nos lembra o nosso próprio desamparo. Os bebês possuem uma posição de vulnerabilidade psíquica e de desamparo, que provocam movimentos identificatórios arcaicos nos adultos que deles se ocupam, gerando medo de retornar a um momento de dependência.

Para Freud (1926[1925]/1974b), o desamparo refere-se à prematuridade do ser humano, por nascer inacabado e totalmente dependente de outro para sobreviver. Ele ressalta que esse desamparo inicial pode ser reavivado quando nos defrontamos com perdas e separações significativas ao longo de nossas vidas. Acreditamos que o temor do retorno ao estado de desamparo anterior ao nascimento se concretiza na morte perinatal. Exatamente pelo fato de o luto perinatal lançar os envolvidos nesse estado de desamparo que acreditamos que a reação depressiva assume risco potencial após um óbito dessa natureza.

3.7. Outras formas de reação

Indicamos anteriormente que não teríamos como abarcar todos os destinos possíveis após uma morte perinatal, já que cada perda comporta questões muito específicas. Destacamos essas três formas de reação (luto, melancolia e depressão) que, através da literatura psicanalítica e de nossa prática clínica, se evidenciam como relevantes. Porém, achamos interessante desenvolver mais brevemente duas outras formas de tentativa de elaboração da perda, indicando uma possibilidade futura de pensá-las com maior profundidade. São elas a identificação do feto/bebê como um objeto nostálgico ou como um objeto de sublimação.

O feto identificado como objeto nostálgico permite ao enlutado suspender a perda ou contorná-la através da transformação do bebê perdido em uma fantasia

nostálgica. Como Soubieux (2018) explica, “o lamento da ausência permite ao nostálgico existir fazendo viver o objeto que ele perdeu” (p. 29). Assim, alguns pais conseguem manter seu bebê (morto) vivo como um objeto nostálgico. Esse funcionamento nostálgico nos parece ser bastante presente em nossa clínica. Observamos com frequência falas que nos fazem suspeitar desse funcionamento: “Meu filho estaria fazendo um ano”, “Estaria aprendendo a andar”, “Se ele estivesse aqui, estaria fazendo...”, “Eu o levaria para passear”. Falas como essas nos indicam que continua a haver fantasia para que a criança continue ocupando um espaço no psiquismo.

Lambotte (2007) analisa a noção de nostalgia e assinala uma distinção entre este conceito e a melancolia. A autora entende o sentimento nostálgico como um estado psíquico que produz uma aspiração de retorno a um passado saudoso (ainda que imaginado, no caso do óbito perinatal), cuja satisfação perdida é recorrentemente evocada pela fantasia, geralmente ligada a memórias idealizadas. A autora considera a nostalgia uma forma de defesa que pode ajudar o sujeito a buscar conforto, embora também possa mascarar a dor da perda e possa levar a quadros de outras descompensações psíquicas. Já a melancolia revela uma luta interna para não reconhecer a perda e indica uma paralização psíquica e um risco de desmoronamento narcísico.

A identificação do objeto de amor perdido como objeto de sublimação representa outra maneira de lidar com a morte. Soubieux (2018) traz a sublimação como uma maneira de opor-se à perda e encontrar um objeto amado em outra forma aceitável, e até valorizada socialmente. Observamos ser frequente que, mesmo vivendo um momento extremamente doloroso após a perda perinatal, mães enlutadas escrevam livros contando sua história, façam poemas ou produzam algum tipo de arte que retrate sua dor. Em um grupo psicoterapêutico de mães enlutadas que acompanhamos, certa vez uma mulher ressentia-se de não ter nenhum registro da filha. A filha nasceu morta e, na época, ela achou extremamente mórbido tirar uma foto da filha sem vida e achou que jamais esqueceria seu rosto. No entanto, com o tempo, ela foi ficando cada vez mais angustiada com o apagamento natural das memórias de seu rosto. Paralelamente, como sem perceber os reais motivos, essa mulher entrou em um curso de artesanato com biscuit e passou a produzir inúmeras “bonecas”. Um dia, conseguiu pensar e dividir com o grupo que essas bonecas poderiam ser uma tentativa dela de guardar o rosto da filha.

Roudinesco e Plon (1998) falam que a sublimação pretende dar conta de um tipo particular de atividade humana, seja uma criação literária, artística ou intelectual, que aparentemente não tem nenhuma relação com a sexualidade. Essa atividade recolhe sua força da pulsão sexual, deslocando-a para um alvo não sexual, ao investir em objetos socialmente valorizados.

Freud, na "Carta 61" (1950[1897] /1996b), afirma que a sublimação tem como objetivo o embelezamento e o aprimoramento dos fatos que se transformaram em lembranças. A sublimação poderia assumir, portanto, uma função de amenizar o caráter traumático dos acontecimentos.

Caso a sublimação se dê através de um processo criativo saudável, será possível que a atividade produzida possa testemunhar seu sofrimento, reconhecer e fazer nascer e existir quem não viveu (Soubieux, 2018). Cabe ressaltar que, mesmo quando há uma criação pela arte, não é certo que esteja presente um trabalho de subjetivação, podendo as vezes representar uma tentativa de ligação elaborativa sem eficácia simbólica.

Da mesma forma que pontuamos na depressão e na melancolia, esses desdobramentos pela nostalgia e pela sublimação podem representar fases anteriores ou coexistentes a um trabalho em que seja possível a elaboração psíquica. Não são necessariamente manifestações patológicas, embora flertem com algum risco de assumir formas menos saudáveis. Novamente, enfatizamos a importância de que sejam oferecidos espaços de narrativas para esses pais. No exemplo que trouxemos das bonecas de biscuit, só foi possível que essa mulher compreendesse o sentido que havia na fabricação das bonecas porque ela pôde falar sobre seu medo de esquecer seu bebê e pôde ser sustentada por um grupo com o qual se identificava e a acolhia.

3.8. Conclusão

Apresentamos predominantemente três formas diferentes de reação à morte perinatal: o luto perinatal, a melancolia e a depressão. Apesar de haver semelhanças, diferem significativamente nas posições subjetivas que assumem. O luto relaciona-se à saúde psíquica, tem a função de elaboração e assimilação psíquica da perda, assim como de possibilitar a separação do objeto perdido e o reinvestimento em um substituto. Em casos de depressão ou de melancolia não existe o luto (ao menos enquanto não for possível sair delas). De formas diferentes, tanto na depressão

quanto na melancolia, o sujeito não faz o luto da perda objetal e não é reinserido no circuito desejante. Na depressão, há um registro psíquico da perda e uma tentativa de elaboração. Já a melancolia normalmente relaciona-se a formas mais graves, indicando uma fragilidade na constituição narcísica do início da vida.

É claro que outras tantas formas de reação podem ser tomadas após a morte de um bebê, conforme trouxemos na identificação como objeto de nostalgia e de sublimação. Além dessas, poderíamos pensar em outras tantas, e mesmo essas posições podem variar no tempo e corresponder apenas a um momento no luto. Soubieux (2008) observa que o que normalmente ocorre é a convivência do luto com o não luto, ou seja, uma parte de si mesmo enlutada e outra se voltando para a vida. Além disso, mesmo quando o luto é possível, ele costuma ser reativado em diversos momentos da vida desses pais, especialmente em datas especiais (aniversários de nascimento e morte, datas festivas, dentre outras) e em gravidezes posteriores (da própria mulher ou de pessoas próximas). Soubieux (2008) fala que "o luto é um processo dinâmico que requer inventar e se projetar no futuro" (p. 123).

Cada família que perdeu seu bebê passará por processos singulares, e acreditamos que, ao tentar compreender algumas formas de reação, poderemos pensar nas melhores formas de ajudá-las. Esse é justamente o nosso maior objetivo: entender melhor a morte perinatal para melhor acompanhar as famílias enlutadas. A partir dos pontos observados nesse artigo, reafirmamos o quão importante se faz o delicado acompanhamento aos pais que perderam seu bebê tão precocemente. Devemos tentar identificar o que esse bebê ou feto representa para seus pais, ajudá-los a dar um lugar simbólico para esse filho perdido, para que ele possa ser introjetado no psiquismo dos pais e não permaneça fixado em posições menos saudáveis.

Também podemos afirmar a relevância da promoção de rituais de luto, oferecendo aos pais a possibilidade de ver o seu bebê, pegar no colo, registrar em fotos, entregar-lhes lembranças do bebê que possam ter. Tais medidas ajudam a tornar essa morte menos abstrata e a objetificar o feto. Rapoport (2018) enfatiza que tudo isso deve ser oferecido aos pais com senso de apoio, ajudando-os a decidir o que desejam, jamais feito de forma protocolar. A autora afirma que permitir aos pais verem e pegarem seu bebê morto pode carregar um risco de um choque doloroso, sendo necessários preparação e acompanhamento.

Rapoport (2018) fala que em toda perda há uma “parte normal do inconsolável”, que devemos aceitá-la, sem grandes pretensões de atingi-la. Segundo a autora, reconhecer e respeitar a normalidade desta parte inconsolável é deixar o sofredor respirar no seu próprio ritmo. Mesmo que seja possível para os pais compartilharem suas dores e questões, o vazio e a solidão poderão não ser aliviados.

A vida após o falecimento de um bebê irá mudar, seja a forma de se relacionar com o mundo, sejam os pontos de referência. No entanto, Soubieux (2018) afirma que a elaboração deste evento pode permitir uma surpreendente reconstrução psíquica. Concluímos, por fim, que a aprendizagem da ausência ocorre em um longo e complexo caminho, totalmente diverso de um trabalho de luto padronizado com tempo prescrito. Para que seja possível viver a experiência da perda perinatal, é importante que esses pais se sintam sustentados e reconhecidos pela sociedade e que possam tomar o tempo necessário para a instauração do luto. Como apontamos, fazemos parte de uma sociedade que dificulta a vivência das experiências, que nos incita a reagir, desconsiderando a necessidade do tempo para a elaboração psíquica. A saída adotada diante disso, muitas vezes, é a medicalização. Mendes, Viana e Bara (2014) afirmam que o uso inadequado ou excessivo dos medicamentos contribui para a desresponsabilização do sujeito em relação a sua dor e pode dificultar o processo de elaboração. Pensamos que devemos ajudar esses pais a vivenciar a experiência da perda para viverem efetivamente seus lutos. Proporcionar espaços de narrativas para esses pais certamente irá colaborar nesse árduo trabalho de assimilação psíquica da morte perinatal. Nesse sentido, temos obtido ótimos resultados no trabalho de grupos com pais enlutados.

4
Luto perinatal e psicoterapia em grupo com mães enlutadas: pesquisa qualitativa

Resumo: O luto perinatal possui características distintas de outros tipos de luto e necessita de um acompanhamento específico. Comumente, as mães se sentem solitárias, incompreendidas em sua dor e privadas de espaços de narrativas para falarem sobre seus bebês mortos. Ao longo desse artigo, pretendemos destacar o papel do grupo psicoterapêutico como uma via privilegiada para se trabalhar, utilizando a técnica psicanalítica, questões que surgem na clínica do luto perinatal. Implementamos um trabalho de psicoterapia em grupo com mulheres que sofreram perdas perinatais em uma instituição materno-infantil de referência na cidade do Rio de Janeiro. Realizamos uma pesquisa qualitativa para investigar se a metodologia empregada nos grupos de mães enlutadas era realmente efetiva. Nosso objetivo é analisar se pacientes enlutadas compartilham suas dores em grupo e se sentem mais fortes e menos solitárias na vivência de seu processo de luto. Concluímos que o grupo psicoterapêutico pode ser um dispositivo eficaz no acompanhamento de pacientes com perdas perinatais, auxiliando o processo de elaboração do luto e prevenindo formas menos saudáveis de lidar com a morte.
Palavras-chave: Luto perinatal; grupo; trabalho de luto; psicanálise

4.1. Introdução

A experiência da morte nos primeiros momentos da maternidade suscita uma série de questões. A aproximação de polos supostamente tão distantes como o nascimento e a morte provoca em todos os envolvidos uma vivência diferente de pesar. Em oportunidade anterior[1], pudemos desenvolver pontos ressaltando a singularidade do luto perinatal. Vimos que a morte nesse estágio inicial exige um trabalho de elaboração psíquica bastante específico, pois a representação desse bebê apresenta dificuldades de se encaixar em nossas representações usuais.

Refletimos sobre as dificuldades para a instauração do processo de luto no psiquismo materno, partindo da premissa de que sua especificidade comporta um duplo componente: narcísico e objetal. Fazer luto do bebê é também fazer o luto de partes infantis de si mesmo, de conflitos não resolvidos, das relações idealizadas, de ser pai e de ser mãe diante da sociedade, de tudo o que foi projetado naquele bebê que não nasceu ou que viveu brevemente. Pudemos observar que, não raro,

[1] Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica na PUC-Rio, intitulada "Quando a partida antecede a chegada: singularidades do óbito fetal" orientada pela professora Sílvia Zornig

lutos perinatais não são vivenciados, mantendo-se uma busca incessante por recuperar o objeto perdido. Numa tentativa de não reconhecer a morte, observamos a frequente incorporação do objeto perdido no ego da mãe. Essa busca e a falta de reconhecimento da perda pela rede de apoio, frequentemente sobrecarregam a história de seus familiares, especialmente dos filhos que poderão vir após esta perda (Aguiar, 2016).

Após muitos anos trabalhando em maternidade, em unidade intensiva neonatal e acompanhando famílias enlutadas, percebemos que o luto perinatal, por sua natureza singular, necessita de acompanhamento específico. É comum que os pais se sintam solitários e incompreendidos em sua dor. Com muita frequência, são privados de espaços de narrativas, até mesmo no casal, na família e na sociedade. Por isso, acreditamos que a psicanálise tem se mostrado uma aliada importante na elaboração da vivência dos lutos perinatais, pois ajuda os pais a colocarem em palavras os sentimentos experimentados com essa perda ainda tão enigmática para eles mesmos. Os pais que usufruem da análise em seu processo de luto têm a possibilidade de se apropriarem de suas histórias e caminharem em direção a uma possível compreensão do que perderam no bebê que morreu, para que, então, possam iniciar um trabalho de inscrição da morte em seus psiquismos.

No sentido de favorecer a introjeção da experiência vivenciada, possibilitando a entrada no processo de luto, não apenas o acompanhamento psicanalítico individual nos parece profícuo, mas acreditamos que outra forma eficaz de se trabalhar com essas psiques cindidas seria através de um grupo terapêutico.

Nesse trabalho, não pretendemos elucidar as origens do trabalho com grupos, nem evocar diferentes práticas ou manejos desenvolvidos em contextos distintos. Nosso objetivo é destacar o papel do grupo psicoterapêutico como uma via privilegiada para se trabalhar, utilizando a técnica psicanalítica, questões que surgem na clínica do luto perinatal e para se conhecer mais sobre as particularidades desse luto.

O que percebemos é que o grupo é uma escolha coerente ao se trabalhar com questões relacionadas à maternidade, tanto quanto ao luto, pois estes são construtos notoriamente sociais, que passam fortemente pelo olhar e reconhecimento do grupo social. Trabalhar em grupo e, portanto, com sujeitos em integração social, pode nos

auxiliar a promover uma reestruturação psíquica e o resgate de conteúdos primitivos.

4.2. Trajetória

Por quase duas décadas, uma das autoras desse artigo trabalha com psicologia hospitalar, especialmente com a clínica da perinatalidade. Período caracterizado por Missonnier (2012) como o tempo que antecede e ultrapassa o nascimento, abarcando desde o desejo e tentativa de engravidar até os primeiros meses do bebê, contemplando questões relacionadas a diferentes desfechos ao longo desse período.

Nessa larga experiência, a temática do luto perinatal sempre nos inquietou, exigindo diferentes estratégias para procurar ajudar os pais no enfrentamento do trabalho de elaboração dessa perda precoce. A prática clínica nos levou à compreensão de que os pais precisavam de um espaço para falar e pensar sobre seus bebês.

Ao nos debruçarmos sobre o estudo da clínica da perinatalidade e do luto perinatal, fomos levadas a pensar na importância de espaços que favorecessem a simbolização de questões profundas e arcaicas relacionadas ao luto no início da vida. A psicoterapia de grupo é convocada, em nosso aprofundamento teórico sobre o luto perinatal, portanto, como uma possível resposta à questão de como ajudar esses pais no enfrentamento desse luto específico. Assim, implementamos um trabalho de psicoterapia em grupo com mulheres que sofreram perdas perinatais em uma instituição materno-infantil de referência na cidade do Rio de Janeiro.

Entendemos que, por uma questão de identificação, a livre associação seria facilitada estando em um grupo só de mulheres. Posteriormente, pretendemos implementar um grupo composto só de pais homens, mas, nesse momento, escolhemos privilegiar o estudo sobre o grupo de mulheres. Enfatizamos a importância de estudos relacionados aos pais enlutados também, mas por comportar questões muito específicas, decidimos não contemplar essas reflexões nesse momento.

A psicoterapia em grupo com mães enlutadas foi implementada com o objetivo de auxiliar o processo de luto, permitindo a expressão dos sentimentos de tristeza, raiva, culpa e confusão, ajudando as mulheres cujos bebês morreram a encontrar um significado para a perda. Através do compartilhamento de suas

narrativas nesse grupo, acreditamos que essas “mães sem bebê” poderiam integrar a experiência da perda em suas vidas, promovendo um espaço para o luto que, embora doloroso, poderia levar a um crescimento emocional e a um maior entendimento de si mesmas.

Ao decidirmos aprofundar essas reflexões durante o Doutorado em Psicologia Clínica, pensamos em realizar uma pesquisa qualitativa para investigar se a metodologia empregada nos grupos de mães enlutadas era realmente efetiva. Nosso objetivo é analisar se pacientes enlutadas compartilham suas dores em grupo e se sentem (autoavaliação) mais fortes e menos solitárias na vivência de seu processo de luto. Também pretendemos conhecer mais sobre as especificidades do luto perinatal.

4.3. Metodologia

A fim de alcançar os objetivos propostos, realizamos um estudo empregando as técnicas de observação participante e aplicação de duas entrevistas semiestruturadas sobre os sentimentos vividos, a partilha em grupo e o luto. Segundo Minayo (2013), a pesquisa qualitativa faz a análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações. A autora afirma que as narrativas dos atores não são uma verdade, mas uma versão e, portanto, lançar mão de entrevista e da observação participante pode ser a melhor forma de trabalhar com biografias únicas e múltiplas. Para a autora, a observação participante pode ser considerada parte presencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa, segundo Denzin e Lincoln (2006), envolve uma abordagem interpretativa e naturalística do mundo, sendo, portanto, mais apropriada para este trabalho, que se propõe a entender fenômenos em termos dos significados que as pessoas que a sofrem lhe atribuem. Conforme aponta Creswell (2014), a ideia chave por trás da pesquisa qualitativa é aprender sobre o problema ou a questão com os participantes e adotar as melhores práticas para obter tais informações. A metodologia clínica funda-se na atitude clínica de voltar a atenção a quem porta a dor, na atitude psicanalítica de escutar quem vivencia a questão com suas repercussões emocionais e na reflexão sobre as angústias humanas (Campos e Turato, 2009).

Como campo de estudo, utilizamos grupos on-line com mães enlutadas em um hospital particular de referência na área materno-infantil do Rio de Janeiro, os

quais foram realizados após a aprovação do Comitê de Ética e da Plataforma Brasil. Antes de iniciarmos as sessões em grupo, realizamos entrevistas semiestruturadas individuais on-line com cada participante (ANEXO 1), a fim de explicarmos como seriam os encontros, conhecer as participantes, e avaliarmos se estas poderiam se beneficiar do dispositivo psicanalítico grupal. Fizemos seis sessões com o grupo, com frequência semanal e duração de até duas horas. Fizemos a transcrição de gravações em áudio de todas as sessões. Para tanto, solicitamos que as participantes assinassem um termo de consentimento livre e esclarecido para participação do estudo, autorizando a gravação em áudio das sessões. Construímos um diário de campo para complementar os registros e impressões sobre o grupo, no qual pontuamos aspectos relevantes sobre o conteúdo expresso, as manifestações comportamentais e a interação das participantes.

Após o término das seis sessões de psicoterapia em grupo, agendamos um horário individual on-line com cada participante, no qual realizamos a segunda entrevista semiestruturada (ANEXO 2), com o objetivo de fazer uma avaliação sobre o desempenho do processo psicoterapêutico. Esse momento foi importante para observarmos os pontos positivos ou negativos surgidos ao longo de todo o processo psicoterapêutico e para fazer outros apontamentos.

Os grupos foram compostos por até 6 mulheres, selecionadas a partir de uma amostra intencional de mulheres que sofreram perdas perinatais. Utilizamos como critério de inclusão: mães que perderam seus bebês no intervalo de 20 semanas de idade gestacional a sete dias após o nascimento. E nossos critérios de exclusão foram: mulheres que estivessem grávidas no momento da entrevista inicial individual; participantes que não apresentassem disponibilidade ou interesse para estarem presentes nos encontros grupais propostos pelas pesquisadoras; participantes que, na entrevista inicial individual, fossem consideradas como contraindicadas para terapia de grupo (pacientes com doenças mentais graves, risco de suicídio ou questões particulares não previstas que pudessem contraindicar a participação no grupo).

O abandono de participantes após ter começado a pesquisa não descartou o uso dos dados coletados até o momento da desistência, a menos que a participante solicitasse que não fossem utilizados, o que não ocorreu em nossa pesquisa. Estabelecemos o limite de perdas aceitáveis como três integrantes.

4.4. Trabalho de campo

Com o objetivo de formar o grupo, após aprovação pelo Comitê de Ética através da Plataforma Brasil, entramos em contato com 54 mulheres que haviam sofrido perda perinatal no ano de 2022 em uma instituição perinatal da rede particular do Rio de Janeiro. Tivemos autorização da instituição para captarmos as pacientes através dos prontuários e do livro de registro de óbito, no qual constam todos os óbitos gestacionais ou neonatais. Enviamos um e-mail falando sobre a proposta do grupo e perguntando se poderíamos entrar em contato por telefone para dar mais informações. 12 mulheres responderam, demonstrando interesse por mais informações. Após contato telefônico, seis mulheres se interessaram por participar voluntariamente da pesquisa. Realizamos entrevista inicial individual com essas seis mulheres. Porém, uma delas não participou de nenhum encontro, alegando incompatibilidade de horários. Ficamos com um grupo de cinco mulheres, sendo que uma delas só participou do primeiro encontro.

Os dados coletados foram analisados através de uma escuta sensível do material empírico por meio de leitura flutuante das transcrições dos grupos, favorecendo um trabalho de associação, de construção de sentido e de identificação de temáticas relevantes. As entrevistas individuais e os encontros em grupo foram transcritos, resultando em um riquíssimo material.

Na entrevista inicial, realizada individualmente, com perguntas semiestruturadas, pudemos coletar dados psicossociais, entender os históricos obstétrico e de transtornos ou tratamentos psicológicos prévios, bem como se deu a gravidez e a perda perinatal, além de observarmos os aspectos emocionais demonstrados.

As cinco mulheres participantes tinham de 34 a 43 anos, todas com nível superior de escolaridade. Apenas uma delas já tinha um filho (nascido antes da perda) e uma tinha um enteado. Todas eram casadas com homens e tinham renda familiar entre 4 e 12 salários mínimos. Todas tinham feito algum tipo de terapia individual após a perda do bebê, nenhuma delas tinha experiência com psicoterapia de grupo. Uma das participantes tinha um diagnóstico, prévio à perda, de transtorno de bipolaridade e tomava medicação específica. Outra participante foi diagnosticada, por seu psiquiatra, com depressão após a morte do seu filho. Uma terceira participante teve diagnóstico de transtorno de ansiedade, também após a morte do filho. Nenhuma delas evidenciou qualquer ponto que desaconselhasse a

participação nos encontros em grupo, portanto foram encaminhadas para a próxima etapa do estudo.

Implementamos um modelo de psicoterapia em grupo com número de sessões e participantes fechados. Nosso objetivo era criar um ambiente acolhedor e de confiança entre as participantes e estabelecer um fluxo de continuidade entre os relatos. Em oportunidades anteriores com outros grupos em instituição de saúde, percebemos que os participantes acabavam repetindo a história da perda a cada apresentação. O tempo de repetição é importante e os ajudava na assimilação da experiência da morte, entretanto, percebíamos que outras questões importantes acabavam não tendo espaço para serem pensadas.

Elegemos o formato de grupo on-line devido a relatos da dificuldade de estarem presentes no hospital, tanto por questões emocionais (lembranças dolorosas), quanto por questões práticas (deslocamento, término do período de licença, dentre outros). Além disso, conforme indicaremos ao longo deste trabalho, a virtualidade do grupo on-line coincidia com a virtualidade da perda, favorecendo a associação livre.

Nossa ideia era que os encontros possibilitassem a fluidez do discurso e que as participantes pudessem avançar em diferentes reflexões relacionadas às perdas sofridas. Por isso, decidimos que, após cada sessão, as pesquisadoras iriam se reunir para pensar a temática do encontro seguinte, avaliando o assunto que fora predominante nas temáticas trazidas e para onde essa reflexão indicava avançar. Destacamos aqui que a temática proposta era apenas uma forma de iniciar o grupo, pois procurávamos deixa-las à vontade para falar o que elegessem. Nossa preocupação era a de retomar algum assunto que tenha surgido na fala delas durante o encontro anterior.

Na primeira sessão, após acolhimento inicial, propusemos que as mulheres se apresentassem e contassem a sua história. Foi um encontro de carga emocional intensa, com muitas lágrimas. Além de contarem sobre suas histórias, muito foi falado sobre se sentirem diferentes de quem eram antes da perda. Por isso, pensamos em começar o segundo encontro falando sobre como elas eram antes do atravessamento pela morte. Falaram sobre os desejos da gravidez, as relações anteriores, traços de suas personalidades, histórias familiares e sua relação com a religião.

No terceiro encontro, percebemos que elas queriam falar mais dos seus bebês e da gravidez. Então, iniciamos com o tema das lembranças do bebê. Nesse encontro, falaram das lembranças concretas que tinham do bebê – como fotos e roupas – e sobre o que fizeram com seus pertences, como foi esse processo. Falaram sobre o medo de esquecer os traços do bebê.

No quarto encontro, propusemos que falassem dos seus companheiros/maridos, pois, no encontro anterior, em alguns momentos falaram de uma diferença na forma como os companheiros vivenciaram a perda. Nesse dia, falaram sobre a relação entre o casal, as mudanças na forma que se relacionavam e em como achavam que seus maridos estavam e vivenciavam o luto.

No quinto encontro, falamos sobre a relação com outras mulheres. Essa sessão acabou sendo direcionada para as relações com outras mulheres, mas também com elas próprias e com seu corpo, questões da feminilidade. Falaram muito de suas mães e da dificuldade de estar perto de mulheres grávidas e crianças pequenas.

No sexto encontro foi falado sobre o futuro. Falaram sobre desejo de uma nova gravidez ou não, de tratamentos que poderiam fazer e da esperança de se sentirem mais vivas novamente.

Na entrevista individual final fizemos uma avaliação sobre todo o processo do grupo. Pedimos para cada participante falar como avaliava a experiência no grupo e se acreditava que as sessões lhe ajudaram na vivência do seu processo de luto. Também perguntamos se a interação com outras participantes lhes ajudava e se notou alguma alteração em comportamento ou estado emocional após as sessões.

Uma das cinco mulheres só participou do primeiro momento e não conseguimos fazer a avaliação final com ela. Inferimos que a participação no primeiro encontro foi demasiadamente pesada para ela e não conseguiu retornar. Tentamos fazer contato, oferecendo um atendimento individual para pensarmos sobre o que poderia estar dificultando sua presença, mas ela alegou dificuldades de horários para marcar o encontro. Essa participante fazia acompanhamento psicológico individual em paralelo e nos informou que manteve esse acompanhamento.

A avaliação das quatro outras participantes foram todas positivas. Falaram que as trocas entre elas foram extremamente proveitosas, disseram que se sentiram seguras para falar coisas que normalmente não falavam, nem com amigas próximas

ou mesmo em suas terapias individuais. Enfatizaram a importância de ver que não estavam sozinhas, que "não acontecia só com ela". Uma das participantes falou que a experiência do grupo lhe dava esperança de voltar a viver mais feliz, pois viu outras mulheres rindo, mesmo tendo passado pela morte da filha.

4.5. Análise dos dados

Ao avaliarmos o material produzido em todos esses encontros, elegemos temáticas que se destacaram pela frequência e relevância com que apareceram no discurso das participantes (ANEXO 3). Foi-nos muito custoso selecionar apenas algumas temáticas, dentre um material tão rico, no entanto, acreditamos que essa seleção nos ajudou a teorizar sobre questões imprescindíveis relacionadas ao luto perinatal. Demos nomes fictícios para as mulheres para preservar suas identidades.

4.5.1. Sensação de irrealidade e dificuldade do entorno

Ao longo dos encontros, em diferentes momentos, percebemos que a abstração da morte perinatal leva a uma sensação frequente de irrealidade. Repetiram-se falas sobre a sensação de ter sido um sonho, um pesadelo, e sensação de anestesia:

> "Não parecia verdade, saí da maternidade e fui pro cemitério... parecia um pesadelo." (Ana)
> "Às vezes fico na dúvida do que aconteceu mesmo, o que eu imaginei. Como foi de verdade? Acho que nem eu sei." (Nina)
> "Eu não consigo lembrar direito dos dias que meu filho tava vivo, as lembranças da época da UTI parecem um filme, ou um sonho... como se não fosse eu que tivesse vivido, sabe?" (Maria)

Em sintonia com essas frases, Mathelin (1999) afirma que a interrupção brutal da gravidez dá à mãe um sentimento de irrealidade. A mãe vive aquele nascimento amalgamado à morte, como um traumatismo sem nome que a impede de compreender exatamente o que está vivendo. A autora fala que algumas mães dizem até ainda sentir o filho na barriga.

A ausência de concretude da existência do bebê parece confundi-las e atrapalhar o teste de realidade. Freud (1917[1915]/1974b) afirmou que só através da constatação de que houve a perda, através do teste de realidade, é que se pode ter a clareza de que o objeto de amor já não existe mais e, portanto, toda libido deverá aos poucos ser desligada dele. O teste de realidade perde sua força não só pela ausência de fatos concretos ligados ao bebê, mas pela própria dificuldade do

entorno de validar essa perda. Inúmeras falas apontaram para essa incapacidade de reconhecimento por parte da rede de apoio:

> "Ninguém queria entrar no assunto para não ser mais dor, né? Nem investigar [a causa da morte] eu consegui por que não dava para falar sobre isso, ninguém falava comigo, eu também não falei, né?" (Nina)
> "A gente não foi vista, sabe? As minhas amigas sumiram, é como se eu não fosse mais do grupo, sabe?" (Letícia)
> "Quando eu conseguia falar, parecia que as pessoas demonstravam com a fisionomia que não queriam ouvir, aí eu parava de falar." (Maria)
> "Poxa, meu filho morreu. Será que não ta claro isso? Por que as pessoas agem como se fosse outra coisa? Tipo, tudo bem ficar triste, mas não tanto. Como assim?!" (Ana)

Essas falas destacadas, assim como inúmeras outras que apareceram, mas não foram reproduzidas aqui, nos mostram como as mulheres não se sentem reconhecidas enquanto mães. Além disso, a mensagem que recebem é que não perderam um filho, como se sua perda remetesse a outro tipo de perda, menos dolorosa que a morte de um filho em outras idades. Não perdem somente seu filho, mas se sentem excluídas do grupo social, perdendo também seu lugar na sociedade.

Soubieux e Caillaud (2022) falam que as mulheres com frequência permanecem sozinhas para manter a memória de uma criança morta. As autoras fazem alusão a uma retrospectiva histórica em que já na Idade Média estava presente uma dificuldade em lidar com a morte de bebês. Os bebês mortos não podiam ser batizados e comumente não podiam ser enterrados no cemitério das aldeias, sendo excluídos e deixando os pais sozinhos para lidar com seus corpos e histórias. Ao longo do tempo, formas diferentes de lidar com a morte prematura foram aparecendo. Com a mobilização dos profissionais e dos pais enlutados, a legislação e os regulamentos evoluíram ao longo dos anos para melhorar o reconhecimento dessas mortes precoces, no entanto, os autores destacam que eles permanecem até hoje atrelados a um sentimento de exclusão de sua comunidade. As frases das mães no grupo corroboram essa afirmativa.

Vimos, durante os encontros, que elas tinham muitas lembranças ligadas ao bebê e queriam falar sobre elas. Parecia-nos que realmente precisavam falar dos seus bebês para entender que eles existiram, ainda que, em alguns casos, somente em seus ventres. Suas falas evidenciam como esse trabalho de luto perinatal é confuso e solitário. Precisam traçar um caminho que se inicie na confirmação de sua existência, para depois encarar sua morte. Ao contarem suas histórias no grupo e dividirem sensações de incompreensão, permitem que ocorra uma identificação

entre elas e poderão, então, se reconhecer no indizível de sua experiência e no sentimento de irrealidade. O grupo testemunha a concretude do bebê e, portanto, da realidade da perda.

4.5.2 Transformação

Chamou-nos a atenção a quantidade de vezes que as mulheres falaram sobre a transformação em si, percebida após a morte de seus filhos.

> "Você não vai ser mais aquela pessoa que era, vai ser outra pessoa. As pessoas acham que você tem que voltar a ser o que era antes, mas é impossível." (Ana)
> "Eu acho que morri junto com ele e tive que renascer outra. Acho que uma coisa que eu simbolizei muito isso foi raspando a cabeça. Eu tinha um cabelo enorme e raspei mesmo." (Letícia)
> "Quem sou eu? Não me reconheci... nem sei se ainda me reconheço." (Ana)
> "A minha parte social ficou bem comprometida, não sou mais igual." (Nina)
> "Não sou mais aquela Letícia solar, serena, que confiava em todos, em tudo." (Letícia)

As falas remetem a uma transformação posterior ao atravessamento da morte. No entanto, é importante observarmos que já havia uma transformação em curso. Essas mulheres encontravam-se às voltas de um intenso trabalho de reorganização psíquica para inclusão do bebê em seus psiquismos. Stern (1997) propõe que na gravidez ocorre uma transformação do funcionamento psíquico da mulher, chamado por ele de "constelação da maternidade", caracterizando uma organização temporária que passa a determinar novas fantasias, medos e desejos. O autor fala que uma zona psíquica diferente se instaura. Fazemos essa ressalva para não desconsiderarmos o contexto dessa perda que interrompe um processo que já havia sido deflagrado.

Para além dessa transformação prévia pela abertura ao processo de parentalidade, sabemos que a elaboração de uma perda objetal provoca uma alteração no ego (Freud, 1923/1996a). No texto "O ego e o id", Freud pondera que, para que o eu abra mão de seus objetos amados, precisa haver uma introjeção do objeto perdido –introjeção que ocorre através de uma identificação feita por traços e não com o objeto total. Os enlutados, então, assimilam alguns traços do objeto amado como forma de recompensa por terem que renunciar a ele. Quando a elaboração psíquica da perda não é possível e o mecanismo de introjeção falha, outros mecanismos serão convocados, que também terão como consequências

transformações psíquicas. Para não desviar de nossos objetivos, não nos deteremos neste ponto, apenas marcamos que são muitas as transformações instauradas.

4.5.3 Medo da morte e revivência de outros lutos

Conforme estamos vendo, a perda perinatal é sentida de forma confusa e, de fato, é incerto o que se perde quando a morte interrompe o processo de parentalização que já estava em curso. Durante os encontros no grupo, as mulheres falavam sobre suas perdas, mas tínhamos a sensação de que não sabiam exatamente o que haviam perdido. Misturavam falas de perdas dos seus sonhos, do que planejaram para seus filhos, perdas de si mesmas (transformações) e medo de morrerem.

A representação do bebê nesse início costuma ser bastante confusa. Aragão (2012) afirma que o feto/bebê tem um duplo estatuo: ora representa um objeto interno (narcísico) e ora representa um objeto externo. A autora observa que, ao longo da gestação, vai se desenvolvendo um trabalho de preparação para a relação objetal. Assim como Aragão, Missonnier (2004) fala sobre a confusão da representação psíquica da perda nesse momento, destacando que a relação da mãe com o bebê na gestação e logo após é marcada pela virtualidade. O bebê é ainda um objeto virtual, ancorado no imaginário parental, mas também atravessado por algo do próprio bebê. O filho que essas mães perderam não representava, portanto, um indivíduo independente delas e de suas projeções. Esse filho, ainda virtual, convoca um trabalho de luto diferente, com facetas narcísicas e objetais. Por isso, acreditamos que essas mães trouxeram a perda associada ao medo de sua própria morte e ligada a transformações em suas próprias personalidades. Realmente elas tiveram que lidar com um luto de parte de si mesmas.

> “Achava que eu ia morrer o tempo todo. Tinha medo de tudo, de entrar no elevador, de ir à padaria, entrar em túnel era impossível...” (Ana)
> “Durante as primeiras semanas ... fiquei com muito medo de morrer, com muito medo do meu marido morrer, dos meus gatos morrerem... eu ainda tenho muito medo de morrer.” (Manuela)
> “Quando eu tava indo pro centro cirúrgico, pra mim era a morte... eu era um boi indo pro abate, tinha certeza de que eu ia morrer também.” (Nina)

O óbito perinatal configura algo tão impensável, deixando as mães tão fragilizadas em seu íntimo, que parece que precisam de referências de outras perdas, outros lutos, para entenderem como “deveriam” reagir. O estado de confusão e

frustração é tão intenso que se acham inadequadas até na forma de sofrer. Nesse sentido, o referencial do grupo lhes ajuda a entender que não tem um certo ou errado. Além disso, podem perceber que o trauma atual se liga a outros traumas anteriores, trazendo a revivência de questões que não foram elaboradas a seu tempo.

> "Meus lutos se misturam muito... depois que meu filho morreu, revivi toda a morte da minha mãe." (Letícia)
> "Acho que meu pânico de hospital vem desde criança, quando meu primo morreu... revivi aquele desespero da perda dele, quando perdi minha filha." (Nina)
> "Quando ele morreu [o filho], eu fui lembrando assim de tudo que eu já tinha perdido. Como se ainda precisasse ficar mais triste ainda... fui lembrando de tudo que me deixava mais triste. Pra que isso? Minha vó morreu, minha tia, uma prima... parecia que eu queria lembrar delas pra não poder de jeito nenhum deixar algo pra trás... não sei..." (Ana)

Soubieux e Caillaud (2022) observam em suas experiências com grupos de mães enlutadas que, ao colocarem em palavras os eventos destrutivos que vivenciaram com a morte de seus filhos, as mães não só podem avançar em direção a um trabalho de luto, como têm a possibilidade de rever traumas antigos relacionados a outras perdas. O trabalho em grupo pode favorecer a introjeção do objeto perdido, como um processo de apropriação de sentido. Quando as representações simbólicas do objeto perdido puderem ser introduzidas na esfera psíquica, uma cadeia associativa se forma, conectando a morte atual a outras experiências de perdas prévias, que poderão contar com nova oportunidade de serem encaradas.

4.5.4. Vergonha e culpa

Bartilotti (2007) descreve o luto perinatal como um golpe na autoestima da mulher, levando-a a questionar sua capacidade de ser mãe, sua feminilidade e até sua identidade como mulher. Ao romper-se a possibilidade do exercício da maternidade, o sentimento de fracasso surge. A autora entende que há uma associação entre "criança morta" e "mãe morta", que pode provocar nas mulheres uma forte sensação de inadequação e ineficiência. Uma vez que não conseguiram gestar seu próprio filho, sentem-se envergonhadas, fracassadas e culpadas.

Em uma sociedade em que, ainda hoje, tem o papel da mulher fortemente atrelado à maternidade, o sentimento de inadequação costuma ser muito forte. Destacamos algumas frases que nos mostram todo o sofrimento autodirigido:

> “Eu fiquei com muita vergonha... eu só baixei a cabeça e pedi milhões de perdões pra ele por não ter conseguido tê-lo.” (Letícia)
> “Uma culpa tão grande fica em mim... tento pensar que não tenho culpa, mas não consigo... fico revendo o que eu poderia ter feito.” (Ana)
> “Minha autoestima ficou muito abalada... me sinto muito mal, como se eu não desse conta de uma coisa que todo munda dá, sabe?” (Nina)
> “É, a gente se culpa! A gente se culpa muito, eu também, milhões de vezes ficava me perguntando o que eu fiz de errado.” (Maria)

As falas que remetem à sensação de culpa, vergonha e ataque à autoestima nos fizeram pensar também se estava em vigor o que Freud (1917[1915]/1974b) chamou de “autotortura da melancolia”. Como Freud observou, o melancólico apresenta um empobrecimento do eu, se desvaloriza, afetando diretamente sua autoestima. Freud entendeu que uma parte do eu se coloca contra outra parte sua, tomando-a como objeto. Ocorre uma identificação narcisista e o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, que é o próprio eu. Conforme falamos, essas mães não sabem exatamente o que perderam, pois junto à morte do bebê, havia outras perdas retiradas da consciência. Importante fazermos a ressalva de que esses lutos não são necessariamente patológicos. Soubieux (2008) observou que no luto perinatal costuma ser frequente um primeiro momento caracterizado por uma identificação melancólica e depois evoluir para o trabalho de luto. Aponta como razões para isso a forte fixação no objeto, uma escolha objetal de forte base narcísica e a presença de ambivalência.

4.5.5. Feminino

Conforme vimos, com frequência, o luto perinatal deixa as mulheres confusas no entendimento do papel do feminino (Bartilotti, 2007). A frase de Nina, em que fala que “não deu conta de algo que todo mundo dá”, revela que, para além da culpa e da vergonha, algo acontece entre ela e as outras mulheres. Nina não se coloca mais como parte de “todo mundo”. Assim como revelado por Nina, é comum que a relação com outras mulheres, com seu corpo, com sua sexualidade possa ser invadida pela sensação de inadequação.

> “Meu corpo mudou muito, eu engordei demais... depois não conseguia emagrecer... parecia que não dava pra voltar.” (Nina)
> “Era um corpo que tinha uma barriga de gestação, depois virou um corpo de mulher no pós-parto, com todos os hormônios do puerpério enlouquecidos, mas sem bebê... tendo que tomar remédio pra secar o leite. Tudo errado.” (Ana)
> “Minha libido desapareceu... não consigo mais ter vontade...sabe? meu corpo não ta legal, não parece que ta pronto pra ter prazer, sabe?” (Letícia)

Na temática sobre transformações, percebemos que as mães falaram também sobre o não reconhecimento de si mesmas. Acreditamos que essa dificuldade de se reconhecerem pode advir do impasse que vivem com sua identidade como mulheres. Uma das mulheres, Letícia, falou sobre o impulso de raspar os cabelos para simbolizar sua mudança. Inferimos que, no caso dela, os cabelos se associavam à sua feminilidade e era penoso lidar com eles naquele momento. O que percebemos que aconteceu no grupo é que as mães se sentiam impossibilitadas de se reconhecer enquanto mães, mas podiam se identificar com as outras mulheres do grupo e isso as ajudava a entender quem poderiam ser.

A morte afeta as mulheres em seu próprio corpo, sendo, portanto, também um luto físico, uma ferida narcísica intimamente ligada ao corpo da mãe (Soubieux, 2018). A experiência corporal remete às lembranças do corpo desta mãe com sua própria mãe, em seus aspectos mais arcaicos e originais, trazendo à cena novamente a questão materna e da feminilidade. Vimos, no grupo, como as mães das mães eram invocadas com frequência em seus discursos, seja com ternura ou com alguma rivalidade.

Stern (1997), ao falar sobre a constelação da maternidade, postulou que, já na gravidez, devido a essa neoformação psíquica das mães, a tríade psíquica "mãe, mãe da mãe e bebê" se torna o eixo organizador central. Na gestação, deverá haver uma reorganização da identidade para que a mãe possa se preparar para as novas funções. Com isso, precisa convocar seus modelos relacionados à maternidade e ao cuidado. A mãe em formação revive a história de suas identificações com a própria mãe e com outras figuras parentais em busca de modelos necessários. Porém, quando o bebê morre, esses modelos contrastam com suas experiências e podem aumentar a sensação de fracasso e rivalidade.

Soubieux e Caillaud (2022) observam que, nos óbitos perinatais, a avó pode cuidar da sua filha, mas a mãe não pode cuidar de seu filho. Nesse caso, a única mãe é a avó, e isso pode causar impasses, podendo gerar um apoio inadequado, com questões inconscientes e desafios de rivalidade, o que é ainda mais insuportável para essas mulheres que lutam para se reconhecer como mães.

> "Com minha mãe foi diferente, eu nasci muito grande, com quase quatro quilos." (Letícia)
> "Quando me ligaram do hospital eu sabia que meu filho já tinha morrido, mas minha mãe tava comigo... eu não queria falar pra ela... fingi que não sabia o que era só pra não falar pra ela... sabia que ia ter que falar depois." (Maria)

> “Eu preferi que minha mãe não fosse comigo [na curetagem], porque ela ia me deixar mais ansiosa ainda... Ela teve três filhos, eu não consigo ter um.” (Nina)
> “Eu só queria ser cuidada, voltar pro colo da minha mãe, não ter que pensar em nada, poder ficar só chorando.” (Letícia)

Importante ressaltarmos que as mães das mães também podem representar importante rede de apoio nesse momento, ainda que comportem alguma rivalidade. Além de todas as transformações internas e externas, revivem na gravidez seu desamparo inicial e suas próprias questões infantis, encontrando-se fragilizadas e regredidas, de modo que a proximidade com sua mãe, ou com pessoas que cuidem delas, é extremamente importante.

4.5.6. Religiosidade

Em muitos momentos, observamos falas relacionadas a questões de fé e religiosidade. Pela frequência com que apareceram, achamos que merecia nosso destaque neste trabalho.

> “Eu sou de uma religião desde que eu me entendo por gente. Mas depois que eu sofri essa perda, eu não tive vontade de ir pra igreja, aquele desejo de ta la presente. Não sei o que aconteceu, acho que eu não senti o apoio. Então eu to nesse, vamos dizer, nesse divã entre eu e Deus.” (Maria)
> “Uma amiga da minha irmã me disse que Deus estava me preparando pra alguma coisa que tava reservado pra mim. Nossa...? Só podia ser algo muito ruim. Fiquei com raiva de Deus, questionei muito.” (Nina)
> “Quando meu filho morreu eu não briguei com Deus não, quando minha mãe morreu eu questionei muito, eu contestei mesmo. Mas agora eu fui tentar entender o porquê, aí eu fui atrás de respostas. E me aproximei de novo de Deus. Eu tento silenciar muito e tentar ouvir Deus, entender as conexões, as mensagens. Porque acho que se não fosse por isso... eu acho que eu não taria de pé.” (Letícia)

A religiosidade é bastante presente na cultura do nosso país. É comum que crenças espirituais ou religiosas exerçam função de conceder sentido a uma perda. No grupo, tivemos falas evidenciando uma maior aproximação de Deus e outras referindo um afastamento. Reis, Quintana e Nardino (2021) relatam que a espiritualidade e a religiosidade agem tentando estabelecer uma relação entre a vivência incompreensível da perda e respostas ligadas à religião ou ao sobrenatural. Nesse contexto, a busca por respostas em um sentido espiritual pode ser uma forma de lidar com a dor, seja buscando um conforto ou “dividindo a culpa que sentem” de forma mística, projetando sua raiva.

O luto perinatal abala as referências dessas mulheres. Qual o seu lugar e o seu papel no mundo agora? Com quem se identificam, quem as compreende? –

foram algumas das questões que apareceram de forma mais ou menos implícita ao longo de nossos encontros. Certezas que tinham antes da perda perinatal são reavaliadas e, com isso, a religiosidade também é convocada à cena. Antes de tudo, parece que precisam encontrar explicações para o que ocorreu. Se a religiosidade puder fornecer algum caminho, podem se agarrar à ela. Quando não encontram respostas esperadas, podem se sentir mais desamparadas.

4.5.7. Tempo

Por fim, a questão da temporalidade, trazida em diferentes momentos, nos alerta para a pressa que essas mulheres são cobradas ou mesmo se impõem para viverem seu luto.

> "A minha idade não sabe do meu tempo emocional, o tempo que eu precisava, não é o tempo do meu corpo." (Nina)
> "Começam a colocar prazo pra passar. Só que não tem prazo." (Ana)
> "Eu já tenho 35 anos, tenho amigas que já estão com 2 filhos... queria poder esperar, mas não posso." (Letícia)
> "Eu sei que não to muito pronta pra engravidar de novo, mas já to tentando. Não tenho como ficar esperando, né? O nosso relógio biológico não deixa." (Ana)
> "Por tudo que eu passei, parece que eu já tenho uns 70 anos, sabe? [risos] então, minhas amigas têm uns 30... aí fica bem distante pra gente se relacionar." (Letícia)

Rapoport (2018) afirma que o tempo é um precioso aliado, enfatizando que cada pessoa tem um ritmo próprio em seu luto. A autora fala que aprender a conviver com a ausência leva tempo, pois não podemos ignorar que a cicatrização não ocorre rapidamente em moldes socialmente formatados. Portanto, a imposição de prazos será sempre prejudicial à elaboração psíquica. Claro que só a passagem do tempo não garantirá a elaboração da perda, mas a complexidade desse luto envolve certa lentidão, que vai na contramão do "relógio biológico" que as mães tanto temem.

Pinheiro (2005) afirma que a contemporaneidade é marcada pela pressa: somos impelidos todo momento a agir, negando a necessidade de um tempo de espera. Esse tempo, forçadamente acelerado, dificulta a vivência de experiências que possam ser inscritas psiquicamente. Para que essas mães possam elaborar sua perda, enfrentam diferentes obstáculos. No grupo, ao falarem sobre suas histórias, tomam tempo para refletirem sobre seu bebê, e assim vão dando humanidade ao feto morto, reconhecendo sua passagem pela vida. Nesse sentido, Soubieux e Caillaud (2015) definem o trabalho de grupo com mães enlutadas como um trabalho de registro de seus filhos em suas histórias e em suas famílias.

4.6. Discussão teórica sobre o dispositivo grupal

> "O grupo é como um quebra-cabeça. A gente fala e vai juntando as peças, acho que foi tipo um resgate da nossa história." (Letícia)

Castanho (2012) observa que o reconhecimento do trabalho em grupo como parte da psicanálise pelos próprios psicanalistas é ainda um processo, pois existe um questionamento sobre a aproximação dos conceitos da psicanálise clássica para outros settings. Ele observa que existem duas finalidades básicas das regras do método psicanalítico que precisam ser respeitadas: a existência de um espaço propício para as emergências psíquicas e a existência de uma escuta apropriada a captar esse material (escuta analítica). Garantindo essas duas questões, o autor acredita que podemos nos debruçar sobre as extensões da psicanálise, buscando continuidades, arranjos e transformações das regras do enquadre da atividade do analista para pensarmos as condições de possibilidades de criação de novos dispositivos psicanalíticos. Para ele, o grupo é um método de investigação e de conhecimento de uma realidade psíquica inconsciente específica, inacessível de outro modo, e se apresenta como um dispositivo terapêutico útil às formas contemporâneas de sofrimento psíquico. Essa contribuição nos ajudou a entender que, para além de questionar se os conceitos psicanalíticos são compatíveis com a abordagem em grupo, nossa preocupação se daria em estabelecer esse ambiente favorável para a emergência do material psíquico e seu compartilhamento, assim como na escuta flutuante e atenta.

Anzieu (1993) observa que, nos grupos, seus membros podem constituir um campo transicional comum, isto é, um campo intermediário da experiência, tal como definido por Winnicott (1951/1975a), no qual se relacionam tanto objetos da realidade interna quanto objetos da realidade externa. O grupo seria capaz de promover um campo de ilusão, tornando possível a passagem de aspectos mais subjetivos (ainda não elaborados) para construções mais objetivas.

O grupo, sendo um ambiente confiável o suficiente, facilita, portanto, o desenvolvimento de uma função de espaço potencial e pode se tornar uma área do "brincar", equivalente à associação livre. Para Winnicott (1951/1975), o brincar é visto como parte do processo criativo, favorecendo o aparecimento de algo inacessível ao mundo da linguagem verbal, da ordem do arcaico, o que permite renovar a capacidade de representar.

Mello Filho (1989) observou que o desenvolvimento do grupo parece repetir o desenvolvimento do indivíduo apontado por Winnicott: a criança parte de um estado de dependência absoluta para uma dependência relativa e precisa de um ambiente facilitador para que possa se desenvolver suficientemente bem rumo à alguma independência. Esse ambiente facilitador favorável ao desenvolvimento requer uma provisão ambiental indispensável, o holding.

Mello Filho (1989) compreende ainda que, no início, o grupo não está integrado. Apenas poderá evoluir para uma integração após o holding do terapeuta. O holding não será exercido apenas pelo terapeuta, mas também pela rede grupal que irá se constituindo. Quando a mãe é suficientemente boa, e o holding é seguro, a criança poderá experimentar momentos de não integração sem perder sua sensação de continuidade de ser. Nesse espaço potencial que não se refere nem ao fora, nem ao dentro, aparece o espaço do brincar criativo. Winnicott (1951/1975a) pontua que se cria um espaço potencial entre o paciente e o terapeuta, possibilitando a psicoterapia. Mello Filho (1989) acredita que a psicoterapia de grupo também pode ser palco da experiência da transicionalidade. A existência do espaço potencial no grupo favorece, portanto, o desenvolvimento de processos criativos no setting grupal.

Como vimos, no luto perinatal normalmente os pais não têm uma boa sustentação por parte do entorno, tampouco contam com condições internas para assimilar o ocorrido, já que, especialmente a mãe, encontra-se num estado de regressão narcísica. O não reconhecimento de sua dor, assim como a descaracterização de sua perda, deixa os pais desenraizados, sem a possibilidade de compartilhar o que viveram. Quando essas mulheres são reunidas em um grupo, sentem-se pertencentes a algo com o qual se identificam e podem ousar falar verdadeiramente sobre suas experiências.

Pensamos que o trabalho em grupo, em um lugar onde os membros se sentissem efetivamente pertencendo a ele e que pudessem experimentar seus verdadeiros sentimentos, pode ser bastante eficaz. O trabalho em grupo pode auxiliar na elaboração psíquica em torno da maternidade, pode ser cenário de lutas internas, mas com o "aval" de um grupo que reconhece, compreende e acolhe. Muitas mulheres que sofreram essas perdas alimentam um ódio pelo mundo, por outras mulheres grávidas e até por suas próprias mães. Como vimos, muitas vezes culpam-se e se envergonham por esses sentimentos. Mas, ao perceber que outras

mulheres se sentem da mesma forma, podem validar esse sentimento e reconhecê-lo – o que as possibilita falar sobre isso.

> "Eu pensava muito: é normal ser assim? Ta triste ainda? Será que é assim mesmo? Ouvir outras mães falando que também acham que não são normais... [risos] me ajudou a ver que tudo bem, né? Porque assim, se a gente ri, ta feliz, a gente acha que ta errado, se a gente só chora, também ta errado. Nunca pode ta bom." (Maria)

Soubieux e Caillaud (2015) trabalham com grupo de mulheres enlutadas e indicam que a morte e a passagem por um terrível momento de crise e de perturbação da identidade multiplicam ao infinito os efeitos conhecidos do pós-parto, configurando um verdadeiro traumatismo. As autoras observam que a capacidade de colocar o trauma em palavras e em história será muito importante na elaboração desses traumatismos. Apontam que, para a circulação do discurso entre as mulheres, as respostas que elas esperam são aquelas das outras mães. Em um primeiro momento, é privilegiado um tempo de história que se repete, até que ocorre uma renúncia, se opera um deslocamento do trauma face à história de uma outra participante ou por efeito da aceitação da perda. Algo da história individual de cada uma pode se relacionar-se às histórias das outras, à história do grupo.

Essas autoras refletem sobre o papel das analistas e renunciam as interpretações imediatas dos conteúdos, dando ênfase às figuras do estrangeiro familiar, com neutralidade e implicação. Dessa forma, em grupo, as mulheres não se sentem impedidas de pensar e procurar saber mais sobre o que sentem. Podem investir em diálogos que dizem respeito à violência e ao medo da perda. O que o grupo se propõe a fazer é possibilitar que a violência se exprima simbolicamente, acessando fantasmas e a ansiedade que gera. Assim, procuramos estar junto a essas mulheres, acolhendo-as e ajudando a circular suas próprias falas, mantendo nossa presença implicada e a escuta analítica.

Acreditamos que o dispositivo grupal permite um tempo de elaboração importante. Cada membro do grupo pode ter seu tempo específico até que consiga dividir sua história, colocá-la numa narrativa. Porém, mesmo no silêncio pode haver um trabalho elaborativo, uma vez que, diante da dor e do não dizível, aquela pessoa tem a possibilidade de escutar os outros membros do grupo.

Soubieux e Caillaud (2015) citam como objetivos do grupo terapêutico organizar a "maré pulsional, resistir a impossível vingança que preside no trabalho de luto perinatal e acolher os sentimentos poderosos de injustiça e desigualdade de

destinos face à crueldade da vida e da sua própria crueldade" (p. 27). Esse, para essas autoras, seria o trabalho de elaboração do grupo. Com paciência e tolerância, o ódio e a vontade de destruição poderão ser aceitos.

Wailly (2015) reflete que o grupo terapêutico pode auxiliar também no processo de não conservar a criança morta como único objeto de amor e ajudar a lutar contra o "apagamento das imagens". As lembranças do bebê estão muitas vezes ligadas ao inconsciente, abrigando ódio e desejos mortíferos. Numa tentativa de escamotear esses poderosos sofrimentos, correm o risco de terem suas lembranças esmaecidas. É nesse sentido que o grupo, ao permitir a expressão dos verdadeiros sentimentos, favorece a conservação das lembranças. No grupo, a raiva pode ser assumida e depositada no grupo através do espaço que possibilita o discurso.

4.7. Conclusão

O grupo psicoterapêutico pode ser um dispositivo eficaz no acompanhamento de pacientes com perdas perinatais, auxiliando o processo de elaboração do luto e prevenindo formas menos saudáveis de lidar com a morte. O grupo configura um espaço de construção de narrativas e elaboração psíquica para essas mulheres, graças ao espaço potencial criado e à identificação possível entre os membros.

Acreditamos que o formato on-line dos encontros favoreceu o estabelecimento do grupo como um espaço potencial para os membros. A internet é um local diferente da realidade externa e do mundo interno e, possivelmente por isso, um lugar mais fácil de expor e falar sobre esse bebê que também faz parte dessa dimensão intermediária. No grupo, havia uma convergência entre o virtual do filho perdido e o virtual da internet.

A união dessas mulheres se dá pela morte de seus bebês. No grupo, se dispõem a lutar pela visibilidade de suas perdas, colocando em palavras a sua dor. Ao falar sobre seus filhos, validam sua existência. Dessa forma, lutam também contra a paralização do trabalho psíquico do luto. A dor que, antes era silenciosa e solitária, pode ser dividida e sentida junto ao grupo. A narratividade permitiu a construção de uma representação dentro do grupo. Todas as mulheres de nossa pesquisa relataram se sentir menos solitárias e mais compreendidas em suas dores.

Ressaltamos também que o trabalho de grupo pode ocorrer em paralelo às análises individuais. Em diversos momentos, as participantes remetiam suas falas a algo trabalhado individualmente com suas próprias analistas. Acreditamos que esses dispositivos podem mesmo ser complementares, pois, graças à troca entre os membros do grupo, um material diferente acaba surgindo.

Nem todas as mulheres terão desejo e disponibilidade interna para lidar com as questões do luto em grupo – das 54 mulheres contatadas inicialmente, apenas quatro permaneceram na pesquisa até o final –, o que nos leva a inferir que falar e escutar questões relacionadas a essas mortes prematuras é algo extremamente desafiador para essas mulheres. Pode ser que, diante de uma realidade dessa natureza, ainda não consigam compartilhar suas lembranças e fantasmas. Talvez, nem individualmente consigam ainda. Como ressaltamos no tópico sobre temporalidade, o tempo é um aliado no processo de luto.

Ponderamos que a mensuração da eficácia em uma prática clínica psicanalítica baseada na cura pela palavra é desafiadora, de modo que avaliar a real efetividade das sessões pode ser algo de difícil explicitação. No entanto, como psicanalistas, podemos fazer uma avaliação pelo discurso, tanto da participante, quanto das pesquisadoras envolvidas, pelos relatos, pela análise e pela autoavaliação dos envolvidos. Dito isso, o que concluímos com essa pesquisa é que, quando é possível a participação em um grupo, ela será benéfica. As avaliações das participantes, tanto quanto das pesquisadoras, foram fortemente positivas. As mulheres se mostraram conscientes quanto aos benefícios de participarem desse grupo, reconhecendo a importância de um espaço para falarem sobre os seus filhos e sobre o reconhecimento dos seus estatutos de mães.

Em um contexto social marcado pelo predomínio do individualismo como temos atualmente, o grupo nos mostra que o coletivo pode fornecer uma estratégia promissora, tanto pelo potencial de transformação psíquica, quanto pelos ganhos intersubjetivos. A participação no grupo possibilita também uma forma de reaprender a conviver na sociedade e a busca pelos seus novos lugares nessa sociedade em que se sentiam excluídas.

Acreditamos que esse modelo avaliado pode ser implementado em instituições perinatais e hospitalares. No serviço em que trabalhamos, implementamos essa prática, oferecendo a possibilidade do grupo terapêutico às mães que tiveram perdas no ano anterior. No início de cada ano, começamos um

novo grupo. Caso haja necessidade de mais de um, podemos fazê-los, respeitando a necessidade de grupos menores e acolhedores. Além de trazer inúmeros benefícios para as mães, também avaliamos representar ganho importante para as instituições, por mostrarem-se atentas e sensíveis à dor dessas famílias, humanizando o atendimento também nos desfechos inesperados.

Por fim, concluímos que o trabalho com mães enlutadas em grupo permite um conhecimento ímpar sobre as especificidades do óbito perinatal. O conteúdo surgido nos grupos nos permite inúmeras reflexões teóricas e nos fazem repensar nossas práticas de várias formas.

5
Conclusão geral

O óbito perinatal aproxima de forma muito dolorosa e confusa conceitos entendidos praticamente como antônimos: nascimento e morte. Ao longo deste trabalho e destes anos em que nos voltamos a essa temática, percebemos o quanto é custoso para essas "mães sem bebê" inserir a experiência de perda perinatal no mundo da linguagem e, por conseguinte, introjetá-la psiquicamente.

Vimos que mulheres que contavam com um ambiente propício e puderam usufruir de espaços potenciais (no sentido winnicottiano) tiveram mais condições de colocar sua experiência em palavras. A possibilidade de narrar sua história, seja em uma análise individual ou em grupo, lhes possibilitou a percepção da complexidade afetiva da experiência vivenciada, lhes ajudando a iniciar seu trabalho de luto. A história pessoal de cada uma das mulheres, com suas primeiras relações objetais, seu aparato psíquico, e toda sua "bagagem de vida", somada à qualidade de seu ambiente, de seu entorno, influenciam a possibilidade de acessar saídas mais ou menos criativas, que poderão levar ao caminho da elaboração.

Ressaltamos, portanto, nessa conclusão, o papel significativo da rede de apoio e dos profissionais de saúde que cercam essas mulheres que perderam seus bebês. Ao longo desta tese, falamos sobre a qualidade do ambiente como importante indicador de saúde psíquica. Vimos que o luto perinatal não pode ser estudado sem nos voltarmos ao contexto da interrupção do preparo para a maternidade em que as mulheres se encontravam. As "mães sem bebês" encontram-se fragilizadas devido à revivência de suas questões infantis ou da identificação com seu bebê e, portanto, estão regredidas diante da reativação de desamparo. Precisam de rede de apoio, de pessoas que lhes acolham e lhes ajudem a pensar o que fazer e como sobreviver. No entanto, ressaltamos a frequente dificuldade do entorno de exercer esse papel de apoio.

Se pensamos ser possível atuar de forma preventiva na psicologia perinatal, precisamos também pensar em psicoeducação. A psicoeducação pode se configurar como uma estratégia útil que combina educação e intervenção psicológica. Segundo Lemes e Ondere Neto (2017), a psicoeducação deve envolver o paciente, a família

e o profissional, oferecendo assistência e propiciando práticas de embasamento científico para maior compreensão das questões relacionadas, não apenas informando, mas auxiliando a lidarem emocionalmente com as condições apresentadas. Nesse sentido, acreditamos que a rede de apoio pode ser mais eficaz e ser capaz de fornecer o holding necessário se também receber atenção e puder contar com espaços reflexivos para compreender os bastidores dessa crise e refletir sobre como podem ajudar seus entes queridos.

Igualmente, os profissionais de saúde que contarem com espaços para aprenderem sobre luto perinatal e refletirem sobre suas condutas, estarão mais preparados para auxiliarem essas famílias enlutadas. Conforme dito anteriormente, os diferentes profissionais de saúde devem atuar com respeito pela subjetividade criativa dos pais. Compreender que o trabalho interdisciplinar deve ocorrer em prol dos pais e do bebê para que, dessa forma, seja possível nos abrirmos à antecipação das competências parentais. Por isso, um dos objetivos desta tese é conhecer mais sobre o luto perinatal para posteriormente produzirmos palestras e sensibilizações junto às equipes multiprofissionais, para ajudá-las a entender os matizes desta perda precoce e poder ajudar as famílias a vivenciarem essa perda de forma menos traumática e também compreender algumas facetas desse complexo luto.

Outro objetivo importante desta tese era demonstrar que a psicanálise ou a psicoterapia podem auxiliar na provisão de um ambiente mais favorável a essas mulheres após a perda que sofreram. A psicanálise, por favorecer a fala através da livre associação, ajuda a expressão da angústia e de sentimentos confusos relacionados à parentalização interrompida e à morte. A análise permite que essas mulheres se apropriem verdadeiramente de suas histórias e lhes ajude a entender o que perderam com essa morte, tornando-a menos enigmática. Dar um lugar simbólico para esse bebê se torna mais viável. Conforme vimos, quanto mais o bebê for falado, mais os pais estarão em condições de fazer seu luto (Mathelin, 1999).

Concluímos que o luto perinatal é possível, por mais doloroso e lento que ele possa ser, mas não é o único caminho existente. Destacamos algumas reações frequentes diante da morte perinatal, mas entendemos haver tantas outras. Conforme vimos, as evoluções não são necessariamente fixas e podem constituir uma etapa no desenvolvimento rumo a uma elaboração possível. Nesse sentido, entendemos que a singularidade de cada luto pode contar com fases melancólicas ou depressivas, por exemplo, e isso não configurar necessariamente um estado

patológico. Em alguns casos, contudo, esses tempos podem realmente se fixar em posições subjetivas menos saudáveis e levar à patologia associada ao luto.

Um ponto importante que percorreu todo nosso trabalho foi a questão do tempo. Percebemos o quão difícil é não atrelar a elaboração do luto a um tempo cronológico. A aceleração da vida moderna e a pressão por produtividade da sociedade contemporânea dificultam a vivência das experiências, nos incitando a reagir a todo momento, desconsiderando a necessidade de tomar tempo. Byung-Chul Han (2020), filósofo sul-coreano conhecido por refletir sobre o cansaço da sociedade atual, fala sobre o desaparecimento dos rituais. Entende como uma enorme perda, pois os ritos são ações simbólicas que mantêm uma comunidade unida. Com a escassez de rituais, a comunidade não se comunica, não se reconhece. Sem ressonância, afirma que a pessoa é repelida e isolada em si mesma. Nas palavras de Han (2020):

> Hoje o mundo sofre com uma forte carência do simbólico. Os dados e informações carecem de qualquer força simbólica e, portanto, não permitem qualquer reconhecimento. No vazio simbólico perdem-se aquelas imagens e metáforas que geram sentido e comunidade fundadora que dá estabilidade à vida. (p. 6)

Reconhecemos nosso trabalho inserido nessa complexa temática atual, e foi justamente essa dificuldade de pertencimento e comunicação que nos apontaram para o trabalho em grupo. Não só em casos de luto perinatal, mas acreditamos que o grupo psicoterapêutico é uma ferramenta eficaz que deveria ser mais utilizada e pesquisada, não apenas em ambientes institucionais. Acreditamos que a psicanálise poderia se beneficiar se voltasse mais atenção e esforços para o trabalho psicoterapêutico em grupos, pois indubitavelmente configura um espaço propício para a emersão da realidade psíquica e para a simbolização das experiências vivenciadas. Compreendemos que trabalhar em grupo em diferentes contextos traz um enorme potencial de transformação psíquica. No luto perinatal, isso nos foi muito visível, uma vez que percebemos que ele era, acima de tudo, solitário. Carecia de ressonância, sentimento de fazer parte de um grupo, de identificação. O grupo traz, ao mesmo tempo, o sentimento de pertencimento e a possibilidade das mulheres de narrarem suas histórias. Nos inspirando na ideia de Han (2020), o grupo pode ser um movimento de resistência e permanência dos rituais: espaço de narrativa e reconhecimento simbólico, onde as mães sem bebês puderam encontrar ressonância de suas questões.

Para além do inquestionável efeito da colocação em palavras da experiência vivenciada e do pertencimento a um grupo, a relação que se estabelece entre as mulheres é de uma riqueza inestimável. No grupo, não só falam, mas, acima de tudo, ouvem (se ouvem e ouvem as outras mulheres). Cria-se um ambiente de apoio mútuo, reduzindo a sensação de isolamento e ajudando na compreensão do que sentem, sustentado pela escuta analítica.

Em um contexto social caracterizado por um crescente individualismo, a psicoterapia em grupo com mulheres enlutadas propõe um espaço que permite outra forma de escuta e cuidado, na qual a mulher encontra uma via de autoconhecimento e, ao mesmo tempo, uma oportunidade de se inserir em uma rede de apoio e transformação coletiva.

Por fim, concluímos que a análise individual e em grupo podem ser complementares, e acreditamos que podem se potencializar mutuamente quando empregadas de forma integrada. Todas as mulheres de nosso trabalho de campo tinham experiência com análises individuais, e isso, certamente, facilitou o aprofundamento das questões surgidas. Assim como vivências e associações ocorridas no grupo provavelmente puderam ser aprofundadas no trabalho individual de cada uma delas, ampliando a compreensão sobre si mesmas e suas relações.

Não podemos concluir esta tese sem reafirmarmos a importância de promover espaços que favoreçam a elaboração psíquica para os homens também, assim como incentivamos pesquisas que pensem sobre a particularidade da experiência paterna de perda perinatal. Como dito, optamos por não desenvolver questões específicas da vivência masculina nesse momento, pois a questão da identificação nos foi central ao longo do trabalho. Pretendemos nos dedicar a essa temática, em oportunidades futuras. Como dissemos na introdução deste trabalho, essa é uma temática que não se esgota.

6
Referências

Abraham, N. & Torok, M. (1995). Luto ou melancolia, introjetar-incorporar. In N. Abraham & M. Torok, *A casca e o núcleo*. Escuta. (Trabalho original publicado em 1968).

Aguiar, H. C. (2016). *Quando a partida antecede a chegada: singularidades do óbito fetal*. [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Aragão, R. (2012). Narrativas do início da vida: como contar nosso primeiro capítulo? *Primórdios*, 2, 73-83.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª. ed.). Artmed. Recuperado de http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf

Anzieu, D. (1993). *O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal*. Casa do Psicólogo.

Barone, K. C. (2004). *Realidade e luto: um estudo da transicionalidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bartilotti, M. R. M. B. (2007). Intervenção psicológica em luto perinatal. In F. F. Bortoletti (Org.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Manole.

Brasil. (2009). *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Ministério da Saúde.

Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In L. Corrêa Filho, M. H. Corrêa Girade e P. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 205-214). LGE Funsaúde.

Bydlowski, M. & Golse, B. (2002). Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma via de objetalização. In L. Corrêa Filho, M. H. Corrêa Girade & P. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 215-220). Brasília: LGE Funsaúde.

Bteshe, M. (2008). *O cuidado à saúde materno-infantil e a psicanálise: uma interseção possível.* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Campos, C. J. G. & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 259-264.

Castanho, P. (2012). *Um modelo psicanalítico para pensar e fazer grupos em instituições* [Tese de doutorado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Creswell, L. J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. Penso.

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2006). Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (Orgs.), *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (2ª ed.). Artmed.

Dos Reis, C. G. C.; Quintana, A. M. & Nardino, F. (2021). Religiosidade e espiritualidade no processo de luto de pais cujos filhos morreram crianças. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 21(1), 136-155.

Freud, S. (1974a). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 85-119). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

Freud, S. (1974b). Luto e melancolia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 271-291). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1915 e publicado em 1917).

Freud, S. (1996a). O ego e o id. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX). Imago. (Trabalho original publicado em 1923).

Freud, S. (1996b). Carta 61. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I). Imago. (Trabalho original escrito em 1897 e publicado em 1950).

Garcia-Roza, L. A. (2004). *Introdução à metapsicologia freudiana*. Jorge Zahar.
Han, B.-C. (2020). *Do desaparecimento dos rituais: uma topologia do presente* (A. Ciria, trad.). Herder Editorial.

Iaconelli, V. (2007, dez.). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614-623. doi: https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004

Klaus, M. & Kennell, J. (1987). Atendimento aos pais de um natimorto ou de um bebê que morre. In M. Klaus e J. Kennell (Org.), *Pais/bebês: a formação do apego*. Artes Médicas.

Lambotte, M. (2007). *La mélancolie*: *études cliniques*. Economica Anthropos.

Le Goanvic, V. (2018). Algumas noções sobre psicotrauma e seus efeitos. In G. Galvão (Org.), *Morte perinatal: entender e medir seu impacto para melhor acompanhar os que são a ela confrontados*. Agapa.

Lemes, C. B. & Ondere Neto, J. (2017) Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n1/v25n1a02.pdf

Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Matos, M. (2019). O nascimento da mãe no contexto da perinatalidade. *Clínica e Investigación Relacional*, 13(1): lxvi-lxxxxv. DOI: 10.21110/19882939.2019.130105.

Mendes, E. D.; Viana, T. C. & Bara, O. (2014). Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(4), 423-431.

Mello Filho, J. (1989). *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. Artes Médicas.

Minayo, M. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13ª ed.). Hucitec.

Ministério da Saúde (2024). *Plano Nacional de Saúde 2024-2027*. Recuperado de https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/@@download/file

Missonnier, S. (2004). L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel. In S. Missonier, B. Golse & M. Soulé, *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris: PUF.

Missonnier, S. (2007). La parentalité prénatale, la préparation à la naissance et l'entretien précoce. *Contraste*, 26(1): 55-79. Recuperado de https://shs.cairn.info/article/CONT_026_0055/pdf?lang=fr

Missonnier, S. (2012). *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. Paris: Elsevier Masson.

Missonnier, S. (2015). Les stèles virtuelles sur internet : un rituel de deuil séculier ? *Le Carnet/Psy*, 186, 15-21.

Missonnier, S. (2016). Genèse et enjeux épistémologiques de la psychologie clinique périnatale. *Cadernos de Psicanálise CPRJ*, 38(34): 61-89. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v38n34/v38n34a04.pdf

Missonnier, S. (2018). Raízes epistemológicas da antecipação e clínicas de sua gênese na perinatalidade. In R. Aragão & S. A.-J. Zornig, *Continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do bebê*. São Paulo: Escuta.

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2024-2027. Brasília, DF. 2024. Disponível em

file:///C:/Users/pedro/Downloads/Plano%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%202024-2027.pdf acesso em 22 de dezembro de 2024.

Moro, M. R. (2005). Os ingredientes da parentalidade. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, VIII(2): 258-273. Recuperado de https://www.scielo.br/j/rlpf/a/xLBgQnQgn97TcxkwhMhHbWg/?format=pdf&lang=pt

Nobrega, A. A. da ., Mendes, Y. M. M. B. e ., Miranda, M. J. de ., Santos, A. C. C. dos ., Lobo, A. de P., Porto, D. L., & França, G. V. A. de .. (2022). Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wiggleworth modificada. *Cadernos De Saúde Pública*, *38*(1), e00003121. https://doi.org/10.1590/0102-311X00003121

Peres, U. T. (2003). *Depressão e melancolia*. Jorge Zahar.

Pinheiro, T. (1993). Trauma e melancolia. *Percurso*, 10, 50-55.

Pinheiro, T. (2005). Depressão na contemporaneidade. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, XVIII(182), 101-109.

Pinheiro, T.; Quintella, R. & Verztman, J. (2010). Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicologia Clínica*, 22(2), 147-168. doi: https://doi.org/10.1590/S0103-56652010000200010

Rapoport, D. (2018). Introdução. In G. Galvão (Org.), *Morte perinatal: entender e medir seu impacto para melhor acompanhar os que são a ela confrontados*. Agapa.

Romão-Dias, D. (2007). *Brincando de ser na realidade virtual: uma visão positiva da subjetividade contemporânea*. [Tese de Doutorado]. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Zahar

Safra, G. (2006). O narrar. In G. Safra, *Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio* (pp. 21-33). Sabornost.

Santos, N. T. G. & Zornig, S. A.-J. (2014). Primeiros tempos da maternidade: indiferenciação ou intersubjetividade na relação primitiva com o bebê? *Estilos da Clínica*, 19(1): 78-90. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v19n1/a06v19n1.pdf.

Solis-Ponton, L. & Lebovici, S. (2004). Diálogo Solis-Ponton e Lebovici. In M. C. P. Silva e L. Solis-Ponton (Orgs.), *Ser pai, ser mãe – parentalidade: um desafio para o terceiro milênio* (pp. 21-27). Casa do Psicólogo.

Soubieux, M. (2008). *Le berceau vide*. Érès.

Soubieux, M. (2015). Le deuil perinatal, un impensable à penser. *Le Carnet/PSY*, 185, 22-24.

Soubieux, M. (2018). Um luto complexo com impactos múltiplos. In G. Galvão (Org.), *Morte perinatal: entender e medir seu impacto para melhor acompanhar os que são a ela confrontados*. Agapa.

Soubieux, M. & Caillaud, I. (2015, fev.). Le groupe thérapeutique des mères endeuillées. *Le Carnet PSY*, 186. Recuperado de https://carnetpsy.fr/le-groupe-therapeutique-des-meres-endeuillees/

Soubieux, M. & Caillaud, I. (2022). *Deuil périnatal et groupe de parole pour le mères*. Éres.

Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Artes Médicas.

Wailly, D. (2015, jan.). Les soignants et l'accueil de la mort périnatale: entre angoisse et anticipation. *Le Carnet PSY*, 185, 49-53. Recuperado de https://shs.cairn.info/article/LCP_185_0049/pdf?lang=fr

Winnicott, D. W. (1975a). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1951).

Winnicott, D. W. (1975b). A criatividade e suas origens. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 95-120). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1959).

Winnicott, D. W. (1978a). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 341-351). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1947).

Winnicott, D. W. (1978b). Preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados da pediatria à psicanálise* (pp. 491-498). Rio de Janeiro: F. Alves. (Trabalho original publicado em 1956).

Winnicott, D. W. (1990). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1962).

Winnicott, D. W. (1996). A mãe dedicada comum. In D. W. Winnicott (Ed.), *Os bebês e suas mães* (pp. 1-11). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1949).

Zornig, S. A.-J. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, 42(2): 453-470. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v42n2/v42n2a10.pdf.

Zornig, S. A.-J. (2012). Construção da parentalidade: da infância dos pais ao nascimento do filho. In C. A. Piccinini & P. Alvarenga (Orgs.), *Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Anexo 1

Questionário semiestruturado para avaliação de adequação da participante à pesquisa e coleta de dados psicossociais.

1) Nome:

2) Idade:

3) Escolaridade:

4) Renda familiar:

5) Profissão e ocupação atual:

6) Configuração familiar e rede de apoio:

7) Histórico obstétrico (Gravidezes e perdas anteriores? Gravidez programada? Tratamento para engravidar?)

8) Histórico de transtornos ou tratamentos psicológicos ou psiquiátricos (anteriores ou posteriores a perda perinatal)?

9) Quando e como foi a gravidez e a perda perinatal?

10) Como tem sido os dias após a perda? Quais as principais dificuldades?

Observações:

Anexo 2

Entrevista semiestruturada para avaliação do processo psicoterapêutico realizada com cada participante individualmente e a pesquisadora.

1) Como avalia a experiência com o grupo?

2) Acredita que as sessões te ajudaram na vivência do seu processo de luto?

3) Como avalia a interação com outras participantes?

4) Notou alguma alteração em comportamentos ou estado emocional após as sessões?

5) Gostaria de dividir alguma reflexão ou pensamento sobre o processo psicoterapêutico?

Anexo 3

Anotações sobre a avaliação das pesquisadoras relativa à participação de cada membro do grupo.

1) Como foi a participação geral dessa participante nas sessões?

2) Demonstra ter se beneficiado das sessões de psicoterapia?

3) Estado emocional e comportamento demonstram algum distúrbio?

4) Processo de luto está se dando de forma natural ou patológica?

5) Necessidade de encaminhamento para outros tratamentos?