



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO CENTRO
DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA**

HANNAH DE OLIVEIRA BABAIOFF

**“NÃO ERA MAIS EU”:
O luto silenciado e as marcas psíquicas da perda gestacional**

**Rio de Janeiro
2025**

HANNAH DE OLIVEIRA BABAIOFF

**“NÃO ERA MAIS EU”:
O luto silenciado e as marcas psíquicas da perda gestacional**

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Maria Abu-Jamra Zornig

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Natália Cidade

**Rio de Janeiro
2025**

Agradecimentos

A Deus, pela força para me levantar a cada tropeço no caminho. *"Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos."* (Provérbios 16:3)

Aos meus pais, Camila e Renato, por me incentivarem a sonhar e permitirem que os meus sonhos se tornem realidade. A quem eu agradeço pelo amor incondicional. A eles, tudo.

À minha avó Ruth e meu avô Carlos, a quem eu devo grande parte de tudo que eu sou. É por eles que eu sigo, meus anjos mais lindos do céu.

À minha avó Vilma pelo amor e carinho, e por sempre se alegrar com as minhas conquistas.

À toda minha família que acompanhou essa caminhada de perto: primos, primas e tios. O amor de vocês me motiva todos os dias.

Às minhas melhores amigas Laura e Carol, que vibram e estão comigo em todos os momentos da minha vida. Obrigada por serem as minhas pessoas no mundo.

Aos *Hiperburros* (Marie, Pedro, Leo, Victor e João), por serem os melhores amigos que a PUC poderia ter me trazido. É uma honra dividir a minha profissão com colegas tão dedicados, bem como ter vivido essa trajetória ao lado de vocês.

À Bel, que se tornou companheira de Psicologia Hospitalar e amiga da vida. A ela, agradeço o carinho e o incentivo de sempre.

À Isabella e à Gabi, minhas amigas bem antes da PUC e espero que para o resto da vida.

À Luci, por cuidar tão bem da minha casa e de todos nós. Você faz parte da nossa família.

À Ana, por ser a melhor "mãe postiça" que eu poderia ter. Te conhecer foi um enorme presente na minha vida.

Às profissionais que passaram pela minha vida antes e durante a graduação: Mônica, Talita e Mariana, a vocês agradeço por não soltarem minha mão e sempre acreditarem em mim.

À Heloísa, pelas oportunidades que me ofereceu ao longo dos últimos anos e pela inspiração enquanto amante da psicanálise.

À Sara Kislanov, por ser uma das analistas mais humanas que conheço, espero poder algum dia ser, ainda que um pouco, como você.

À Helena Aguiar, pela presença sensível e solícita nesses anos de formação, e pelo apoio na produção desse estudo. A ela, uma admiração sem tamanho.

À Silvia Zornig, pela honra da sua presença na minha graduação e por todos os aprendizados que me transmitiu ao longo da construção desta monografia.

À Natalia Cidade, pela atenciosa e acolhedora co-orientação ao longo deste trabalho.

À banca examinadora Renata Mello, por aceitar prontamente o meu convite para realizar a leitura deste trabalho e por ser uma supervisora sensível e cuidadosa.

À minha equipe de supervisão do SPA, com quem compartilhei desafios e aprendizados, e pela agradável companhia de todas as manhãs de terça-feira.

Aos pacientes que passaram pela minha vida durante esses cinco anos, agradeço a confiança em compartilharem suas histórias. Vocês me ensinam muito.

Às mães que perderam seus bebês e às minhas familiares que viveram a perda gestacional, que seja possível ressignificar a cada dia.

E, por fim, ao departamento de Psicologia da PUC-Rio, pelos últimos cinco anos e por fazer parte dessa história, agradeço a essa instituição que tem o meu coração.

Resumo

A perda gestacional configura-se como uma experiência singular profundamente marcada pela dor, pela ruptura simbólica e pela mobilização psíquica. O número significativo de óbitos fetais revela a urgência em considerar esse fenômeno não apenas sob a perspectiva biomédica, mas sobretudo por suas implicações subjetivas. Esta monografia tem como objetivo investigar os impactos da perda gestacional no psiquismo da mulher à luz da psicanálise, destacando o modo como o luto se constitui diante da ausência de um bebê que, embora muitas vezes não reconhecido no plano social, já ocupava um lugar no mundo interno da mãe. A pesquisa adota como metodologia a análise teórica, contando com contribuições de autores como Sigmund Freud e Sándor Ferenczi. A utilização de fragmentos clínicos extraídos de relatos da obra *Histórias de amor na perda gestacional e neonatal*, por sua vez, busca articular experiências reais à teoria e evidenciar o potencial traumático da perda. A análise realizada aponta para a dificuldade na elaboração do processo de luto agravada pela deslegitimação, bem como pela ausência de provas na realidade que testemunhem a vida do filho que se foi. Pretende-se, a partir disso, dar visibilidade a uma dor frequentemente silenciada, legitimando-a como digna de escuta, reconhecimento e cuidado clínico.

Palavras-chave: Perda gestacional; Psicanálise; Luto; Trauma; Desmentido.

“A perda da perda.
 Perda quando não falada.
 Perda quando não validada.
 Perda quando não legitimada.
 Perda quando não pranteada.
 Perda duas vezes quando não pode ser compartilhada.
 A perda de um filho, de um sonho, de um casal que em
 dois torna-se um e que, ainda assim, quando perdida, não
 se permite ser pranteada.
 Através da palavra, da linguagem, do choro e da
 comunhão de dor, o filho perdido pode (re)nascido. Na
 memória, no desejo, no circuito de fé, no amor nunca
 perdido, na esperança.
 O luto, esse preço do compromisso, parte sombra do
 amor, acompanha os pais. Acompanha o bebê que não
 pode ser. Acompanha a despedida daquele que não
 aceitamos ter partido, muitas vezes, sem a chance de ter
 nos despedido.
 O luto, dureza da emoção e do afeto, é a voz do amor que
 grita e pede para ter um lugar na história dessa família,
 que assim pode transformar o filho morto em vida.
 Filho vivo do amor.
 Luto, luta, força do viver. Desejo de ser. Força do sentir.
 Luto como manifestação daquilo que não pode ser, mas já
 é, porque é fruto desse amor.

Um filho. Um pai e uma mãe. São uma família desde
 sempre.
 Assim serão para sempre. E a morte, neste cenário de
 amor, não tem força para fazer frente ao berço do amor
 que, na despedida de seu bebê, esses pais nunca deixarão
 de ser.”

(PALLOTTINO, 2017)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 Gestação e o psiquismo: do narcisismo à alteridade.....	11
1.1 O inconsciente na gestação	11
1.2 Encontro com o espelho	15
1.3 Bebê fantasmático, imaginário e real	17
2. Luto gestacional: trauma em potencial.....	20
2.1 Luto e o risco melancólico	20
2.2 Desmentido e trauma.....	25
3. Fragmentos Clínicos.....	30
3.1 “ <i>Carta para meu bebê</i> ”	30
3.2 “ <i>Múltiplas perdas e a luta pela maternidade</i> ”	32
3.3 “ <i>Para sempre, Alice</i> ”	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

INTRODUÇÃO

A experiência da perda gestacional representa um fenômeno complexo e frequentemente invisibilizado, que mobiliza de maneira significativa o psiquismo materno. Trata-se de uma experiência que interrompe de forma abrupta expectativas e investimentos afetivos relacionados à vivência da maternidade. Pode-se afirmar que a relevância do tema é conferida pelos dados epidemiológicos, visto que de acordo com a Febrasgo (2025), só no ano de 2024, no Brasil, foram registradas 22.919 mortes fetais. Este número, portanto, revela a urgência em se considerar esse fenômeno não apenas sob a perspectiva biomédica, mas sobretudo em suas incontáveis implicações subjetivas.

Apesar dos números expressivos, a perda gestacional permanece como um paradoxo cultural, pois ocorre em um espaço simbólico habitualmente reservado à vida. Segundo Aguiar & Zornig (2016), trata-se da presença da morte nas maternidades e em espaços onde não costuma, normalmente, ser pensada. É neste ponto que o olhar da psicologia se torna relevante: o estudo da perda gestacional não deve se restringir ao evento biológico; ele deve ser ampliado à dimensão subjetiva considerando o início da constituição do vínculo anterior ao nascimento. O foco da psicologia recai, portanto, sobre uma visão mais aprofundada e sensível do evento, sendo imprescindível considerar o contexto e particularidade de cada família.

O tema, contudo, é atravessado por uma significativa invalidação social e institucional, o que por sua vez reflete na importância de realizar estudos e pesquisas que contemplem suas particularidades. Por ser um luto pouco reconhecido socialmente, a experiência da gestação interrompida encontra pouco ou nulo acolhimento externo, de maneira que esta lacuna fomenta o presente estudo, pois torna-se imperativo validar a dor e a perda vivida, transformando o sofrimento, que é inominável na esfera social, em objeto de análise acadêmica e clínica.

Nessa perspectiva, a literatura apresenta diferentes definições sobre o que constitui uma perda gestacional. LUPI et al. (2015), em sua obra *Histórias de amor na perda gestacional e neonatal*, descreve como:

“um conjunto de situações verificáveis ao longo da gestação ou após o parto, englobando o aborto espontâneo, a morte fetal, a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez, a interrupção voluntária da gravidez e o diagnóstico de anomalias congênitas no feto/bebê” (LUPI et al., 2015, p. 26).

Neste estudo, por sua vez, será adotada uma definição abrangente, de maneira a contemplar os óbitos ocorridos durante todo o período gestacional, independente do momento em que a gestante se encontra. Dessa forma, tal recorte permite refletir sobre a diversidade de experiências envolvidas nesses processos, bem como suas repercussões psíquicas.

Apesar dos números expressivos, a perda gestacional ainda é atravessada por uma profunda invalidação social e institucional. Muitas vezes, trata-se de uma dor invisibilizada e deslegitimada, sem espaço simbólico para sua expressão. A ausência de rituais de despedida contribui para dificultar o processo de elaboração do luto (IACONELLI, 2007), de maneira que a experiência da gestação interrompida encontra pouco - ou nulo - reconhecimento do ambiente, favorecendo o desenvolvimento de um quadro patológico voltado para a melancolia (FREUD, 1917/2010). Esse contexto de negação social, bem explicado pelo conceito de desmentido de Ferenczi (1932/1992), levanta questões centrais sobre o processo de luto e o risco de trauma.

O presente trabalho, portanto, está organizado em três capítulos. O primeiro dedica-se à análise das transformações psíquicas que antecedem e acompanham a gravidez, seja ela interrompida ou não pelo evento da perda gestacional. Para isso, o capítulo fundamenta conceitos como o de *transparência psíquica* (BYDLOWSKI, 2002, *apud* AGUIAR, 2016) e o de *preocupação materna primária* (WINNICOTT, 1956/2000), conceitos importantes para compreender o estado de sensibilidade em que a mulher se encontra, bem como a presença do intenso investimento no sujeito que está por vir. Ademais, discute-se a convergência do tempo de introversão narcísica da mãe e da construção da alteridade do filho, a qual é interrompida. Por fim, leva-se em consideração uma visão ampliada do bebê enquanto *imaginário*, *fantasmático* e *real* (LEBOVICI, 1987, *apud* AGUIAR, 2016), sendo possível compreender a magnitude do objeto de amor que está em jogo, cuja ausência resulta em um luto complexo e de difícil simbolização, que transcende a dimensão biológica.

Na sequência, o segundo capítulo aprofunda o debate sobre a dor da perda e a hipótese central do trabalho. A discussão inicia-se com a contribuição do texto *Luto e Melancolia* de Sigmund Freud (1917/2010), apontando a falha do exame de realidade como um obstáculo para o desligamento libidinal no processo de luto e o consequente risco de desenvolvimento de um quadro melancólico e patológico. O capítulo avança para a análise dos conceitos de desmentido e trauma de Sándor Ferenczi (1932/1992), refletindo a possibilidade de que a deslegitimação social e a negação da experiência atuem como uma re-traumatização.

Ademais, o terceiro capítulo cumpre a tarefa de articular a teoria à realidade, apresentando a análise e a discussão a partir de fragmentos de relatos extraídos do livro *Histórias de amor na perda gestacional e neonatal* (LUPI et al., 2015). Este capítulo aplica os conceitos desenvolvidos ao longo dos capítulos anteriores às narrativas das mães. Podendo, desta forma, evidenciar as particularidades do luto gestacional e a complexidade das implicações que a perda impõe.

A presente monografia se justifica, portanto, a partir da urgência em dar voz e oferecer estatuto de luto a esta experiência. Sendo assim, a proposta deste estudo é investigar os efeitos da perda gestacional no psiquismo materno à luz da teoria psicanalítica, partindo da hipótese de que o luto se torna potencialmente traumático especialmente pela ausência de validação e acolhimento a uma experiência que naturalmente já carrega significativas complexidades.

Por fim, a investigação dos mecanismos psíquicos envolvidos constitui-se como uma via fundamental à simbolização, possibilitando a tradução da experiência traumática para o campo da linguagem e, conseqüentemente, conferindo um lugar de visibilidade ao sofrimento. O estudo aprofundado do tema é, assim, essencial para que o campo da psicologia possa identificar possíveis vulnerabilidades e o risco de desfechos patológicos que acompanham a perda. Dessa forma, a presente pesquisa apresenta um arcabouço teórico capaz de beneficiar a prática clínica e atuar como agente de validação do sofrimento frente à persistente negação social e institucional.

1 Gestação e o psiquismo: do narcisismo à alteridade

1.1 O inconsciente na gestação

O período da gestação se constitui como um dos momentos de maior transformação na vida de uma mulher, exigindo um intenso trabalho psíquico, de maneira que as mudanças transcendem o plano biológico. Nesta perspectiva, para além das alterações fisiológicas e corporais, a gestação convoca uma reorganização profunda na subjetividade feminina.

A profundidade dessa reorganização interna é descrita por Bydlowski (2002, *apud* AGUIAR, 2016) como *transparência psíquica*, um estado no qual as barreiras de defesa do inconsciente se tornam mais tênues, permitindo maior contato com os conteúdos recalçados. A gestação convoca a mulher a uma revisitação de suas experiências primárias, especialmente aquelas ligadas à sua própria infância, à relação com seus próprios pais e às vivências do feminino e da maternidade.

Este processo de intensa mobilização, portanto, não é aleatório; ele cria a condição psíquica ideal para o estabelecimento do vínculo afetivo com o bebê. Neste momento, a mulher é convocada a um encontro íntimo consigo mesma. É, ainda, neste cenário de profundo investimento e de reedição de conteúdos inconscientes, que se cria o solo fértil para a constituição do *bebê fantasmático*, conceito que será melhor trabalhado posteriormente.

Aguiar (2016) destaca, apoiando-se na teoria de Bydlowski (2002), que este estado de permeabilidade se instaura e a possibilidade de maior acesso a conteúdos recalçados ocorrem porque o equilíbrio psíquico é impactado pelo “duplo *status*” do bebê, existe internamente nas representações maternas, mas ainda não se concretizou na realidade externa. Esse estado facilita a presença de um encontro entre o momento atual e as lembranças do passado da gestante, de maneira que as memórias antigas e as fantasias possivelmente esquecidas emergem na memória da gestante, uma vez que a censura, que habitualmente exerce um trabalho sob o psiquismo, encontra-se “adormecida”:

Dessa forma, as gestantes estabelecem, sem obstáculos, uma correlação entre a situação da gestação atual e as lembranças do seu passado, de modo que reminiscências antigas e fantasmas geralmente esquecidos surgem com força na memória, sem serem barradas pela censura. A força do recalque encontra-se “adormecida”, não assegurando mais a proteção que habitualmente exercia. (AGUIAR, 2016, p. 18).

Neste contexto de intensa sensibilidade, ainda, o processo de "tornar-se mãe" é deflagrado. Zornig (2010) afirma que este processo se inicia muito antes do nascimento e provoca uma mudança irreversível no psiquismo parental. É durante a gestação que a “constelação da maternidade”, o novo eixo organizador da vida psíquica da mulher se estabelece (ZORNIG, 2010). Esse investimento psíquico no bebê, iniciado antes mesmo dele se traduzir na realidade, estrutura os primeiros contornos do laço afetivo. Pode-se dizer que o vínculo entre mãe e bebê, portanto, começa a ser constituído muito antes do período gestacional. Ele se enraíza nas idealizações maternas, nas brincadeiras da infância e nas projeções inconscientes da mulher (ZORNIG, 2010).

O processo de “tornar-se mãe”, ainda, ganha corpo e dinamismo a partir da constituição do “objeto virtual”. Sylvain Missonier (2007 *apud* ARAGÃO, 2012) propõe essa noção para designar o estatuto deste bebê ainda no ventre materno. A relação de objeto virtual representa a matriz de todo o desenvolvimento posterior do vínculo, um processo permanente que oscila entre um investimento narcísico quase que total - no qual o bebê é como uma extensão da mãe - e “a emergência progressiva de um investimento pré-objetal, que caminha na direção da construção de um objeto total” (ARAGÃO, 2012, p. 75). Devido a seu estatuto de objeto virtual, o feto ocupa o papel de operador simbólico que media as fronteiras entre o real do momento da gestação e a presença das fantasias maternas (ARAGÃO, 2012).

Ainda com relação ao conceito desenvolvido por Missonier (2007), a autora destaca que é através desse objeto virtual onde o psiquismo materno opera um duplo movimento identificatório: a busca imaginária da criança que a própria mãe foi, ao mesmo tempo em que tenta constituir a identidade parental da figura materna, que ela teve ou que gostaria de ter tido (ARAGÃO, 2012). Essas identificações constituem, na cena psíquica, os processos de fusão, de separação e de diferenciação (ARAGÃO, 2012). Dessa forma, a constituição do objeto virtual não apenas permite à mãe tornar-se mãe, mas também “retira parcialmente” a amnésia infantil ligada às angústias e conflitos pregressos (ARAGÃO, 2012).

Ainda referente à temática acerca do estatuto de virtualidade do feto, Aguiar & Zornig refletem que este ainda não representa um objeto separado à mãe, no entanto já aponta para a possibilidade de diferenciação. As autoras afirmam que antes mesmo da concepção propriamente dita, o bebê existe em forma de potencial para os pais, e nesse momento, o feto surge como uma “promessa da criança que virá” (AGUIAR; ZORNIG, 2016, p. 272). Pode-se afirmar, portanto, que a relação entre os pais e a criança durante o período gestacional é marcada

pela virtualidade, sendo esta ligada às projeções parentais, às expectativas e aos sonhos frente à gestação e à identidade do filho.

Conforme Aguiar (2016), também referente à teoria de S. Missonier (2004), “o objeto virtual (futuro bebê) está presente enquanto potência” (p. 28), de maneira que há informações a direcionar a validação de sua existência, mas não se confirmam concretamente. A autora, ainda, exemplifica a condição através de uma metáfora proposta por Missonier (2004), da semente e da árvore:

Uma semente traz a ideia de uma árvore, ela representa uma possível árvore, podemos apenas pensar que nascerá uma árvore e como ela será. Já a árvore é de fato a atualização da semente (AGUIAR, 2016 p. 28).

Dentro dessa perspectiva, sabe-se que este é um tempo em que o mundo psíquico da gestante se mobiliza, levando-a a uma introversão necessária para receber o outro que está por vir. Como destaca Aguiar (2016), essa fase é marcada pela emergência de um narcisismo que se volta para o corpo e para si mesma, em um desinteresse relativo pelo mundo externo, permitindo o foco no desenvolvimento do bebê.

Além disso, Aguiar (2016, p. 19) afirma que a capacidade de “adaptar-se sensivelmente” às necessidades do bebê, refere-se à definição winnicottiana de *preocupação materna primária*. Esta diz respeito a um estado de maior sensibilidade e identificação com a criança, que se desenvolve gradualmente e atinge seu auge nos meses finais da gestação e nas primeiras semanas pós-parto:

Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê (WINNICOTT, 1956/2000, p. 401).

Ainda, Aguiar (2016) destaca a concepção de Winnicott acerca desse conceito como um estado *quase* patológico, uma “doença normal”, que permite à mãe prover o *holding* (sustentação) físico e emocional necessário para o bebê começar a se sentir seguro no mundo. É possível dizer que essa mãe abre mão de si, para que seu filho possa vir a existir enquanto sujeito. Associado à ideia de *quase* patologia, pode-se atentar para a descrição do fenômeno por parte do autor, destacando a concepção de “condição psiquiátrica” trazida por ele (WINNICOTT, 1956/2000, p. 401).

Além disso, o autor ainda traz uma importante contribuição que se relaciona diretamente com a temática do presente trabalho, à medida que explica a introdução da palavra “doença” em sua conceitualização. Winnicott (1956/2000) afirma que a mãe deve estar saudável o suficiente para desenvolver tamanha sensibilidade, bem como para recuperar-se dela no momento quando o bebê tem mais autonomia. O autor comenta, a partir disso, o risco por trás do cenário em que há o falecimento desse bebê, de maneira que o estado da mãe pode tornar-se definitivamente patológico.

Essa capacidade de extrema dedicação da mãe, portanto, é o que possibilita o desenvolvimento de um ambiente de sustentação necessário para a constituição psíquica inicial do bebê. Neste sentido, Ferrari e Ribeiro (2022) contribuem ao sintetizar a ideia central do autor com sua conhecida afirmativa “não existe tal coisa chamada bebê” (WINNICOTT, 1979). O psicanalista sintetiza que é impossível conceber o bebê sem levar em conta o ambiente que cuida dele, ou seja, sempre que falamos de um bebê, falamos de outro alguém. Essa ideia reforça que, no início da vida, a mãe e o bebê formam uma espécie de díade indivisível, no qual o psiquismo materno precisa cumprir o papel de ambiente continente para o bebê. Além disso, esta inseparabilidade levou o próprio Winnicott a cunhar o termo “mãe ambiente” (FERRARI; RIBEIRO, 2022, p. 101) para descrever a função materna de provisão e sustentação.

É possível pensar, assim, que a *transparência psíquica* está, de certa forma, atrelada ao estado de *preocupação materna primária*. A gravidez por si só se caracteriza como um período de intensa vulnerabilidade, a qual exige flexibilidade psíquica, de maneira que a convergência dessas duas características demonstra que o psiquismo da gestante se flexibiliza para autorizar a existência de um novo sujeito. Como ressalta Aguiar (2016), ainda, a *preocupação materna primária* não é meramente uma dedicação, mas um estado de identificação quase total com o bebê, permitindo à mãe antecipar e prover as necessidades da criança.

Sabe-se, que esse estado de intensa introversão e fusão atinge seu auge nas últimas semanas da gestação e se estende até o pós-parto imediato. É o momento em que a mãe se coloca a serviço do ser que está por vir, operando uma regressão em seu próprio ego em prol da sobrevivência inicial do bebê. Aguiar (2016) enfatiza que, embora a *preocupação materna primária* seja vital para a constituição do vínculo, ela se insere em um momento altamente narcísico, onde o bebê é, primeiramente, uma extensão da mãe, um reflexo do seu mundo interno.

É neste ponto do investimento narcísico que reside um aspecto da complexidade da perda gestacional para o psiquismo. Se a construção e o desenvolvimento da *preocupação materna primária* são interrompidos abruptamente pela morte desse bebê, é possível inferir que há potencial de repercussões ao psiquismo. O trabalho psíquico de construção da alteridade, o reconhecimento de que o bebê é um *Outro*, não se concretiza. A perda, portanto, não é apenas de um ser real, mas da possibilidade de renunciar à condição de indiferenciação, conforme descreve Aguiar (2016, p. 6): “o óbito fetal ocorre justamente no momento marcado por oscilações entre dimensões de indiferenciação e diferenciação”.

Por fim, Iaconelli (2007) contribui afirmando que algo presente entre o real e o imaginário torna-se tênue, de maneira que a libido é investida no objeto a partir das projeções e das identificações. Segundo a autora: “o narcisismo materno engloba o objeto para depois, com a chegada do bebê, ir fazendo o luto da fantasia” (IACONELLI, 2007, p. 617). A partir disso, a autora constrói uma reflexão de grande valia à medida que questiona: quando o objeto está impossibilitado de ser investido libidinalmente, como fica o psiquismo materno?

1.2 Encontro com o espelho

Embora haja uma propensão em estudos mais antigos de assimilar o bebê à expressão do narcisismo materno ao longo de toda a gravidez, essa perspectiva ignora a evolução dos fenômenos psíquicos em curso (AGUIAR, 2016). O acompanhamento clínico, no entanto, indica que a gestação envolve um trabalho psíquico constante e antecipatório, pelo qual a mãe constrói, progressivamente, o reconhecimento da alteridade do bebê, mesmo que esse processo seja marcado por crises e alternâncias (ARAGÃO, 2012).

O estado de introversão e o intenso investimento libidinal sobre o corpo e o filho, por sua vez, colocam a gestante em um patamar de narcisismo reativado. É nesse cenário que se inicia a constituição da díade mãe-bebê, uma relação que, em seus estágios iniciais, é marcada pela fusão e identificação. O bebê, antes de ser um ser autônomo, é primeiramente uma extensão narcísica da mãe, um reflexo idealizado de seu *self* e uma “promessa” de reparação.

Esta díade inicial é sustentada por um processo que se estabelece como na imagem de um espelho. A mãe projeta no filho a idealização que deseja para si mesma, muitas vezes buscando, inconscientemente, preencher falhas, realizar desejos não concretizados ou mesmo rever suas feridas narcísicas (AGUIAR, 2016). O bebê, em sua condição de “fantasiado”, é

investido na função de completar a mãe e de atestar sua potência feminina e geradora. Esse processo de intensa identificação é vital para o estabelecimento do vínculo e para o sucesso do *holding*.

Essa idealização, contudo, precisa ser confrontada com a realidade. O psiquismo materno inicia um trabalho de renúncia à onipotência e de aceitação das limitações impostas pelo novo ser. Como aponta Iaconelli (2007), o processo de gestar provoca um tipo de reviravolta do inconsciente, que redefine a identidade da mulher, obrigando-a a lidar com a distância entre o filho sonhado e o que se anuncia, renunciando às expectativas.

A função do olhar materno é crucial nesse estágio: o bebê, ao ser olhado e reconhecido pela mãe, começa a sair do registro puramente narcísico para se inscrever no campo da alteridade e da linguagem. O reconhecimento da alteridade, a aceitação de que o bebê é um "outro" e não uma mera extensão ou projeção da mãe, marca a primeira fissura na relação narcísica. A mãe percebe que o bebê possui uma subjetividade própria, com demandas e características que não foram planejadas. Essa percepção é frequentemente acompanhada por momentos de crise e ansiedade, pois exige a destituição do bebê imaginário e a aceitação do bebê real (LEBOVICI, 1987 *apud* AGUIAR, 2016).

É, portanto, a capacidade da mãe de tolerar e integrar essa diferença que permite a construção de um vínculo saudável e a passagem da fusão à separação. O trabalho psíquico de diferenciação, portanto, é um processo contínuo, onde a mãe "perde" o bebê ideal para acolher o bebê possível (AGUIAR, 2016).

Relacionado ao processo de reconhecer seu bebê, que há pouco estava ocupando o espaço no ventre materno, e agora ocupa um lugar no mundo, como um outro, pode ser árduo. Iaconelli (2005) afirma que a perda da identidade enquanto gestante é muito abrupta e dolorosa, à medida que é necessário renunciar à imagem idealizada do filho. A autora acrescenta, ainda, uma comparação a título de ilustração: seria algo similar a de um casamento arranjado (IACONELLI, 2005, p. 4). Ainda, que na presença das melhores indicações do noivo, não é possível conhecê-lo prontamente e, devido a isso, é necessário ficar inteiramente a seu dispor.

Nesse cenário, ao relacionarmos tal concepção à temática central do presente trabalho, pode-se pensar que a construção progressiva da alteridade do bebê introduz uma complexidade crucial no cenário da perda gestacional. Se o acompanhamento clínico atesta que a mãe se prepara ativamente para reconhecer o filho como um sujeito distinto de si, a interrupção abrupta da gravidez questiona: como esse trabalho psíquico de diferenciação pode se concluir? A morte

do bebê antecede a chegada do ser real, ou seja, do objeto concreto que, pela sua presença e demanda, imporá definitivamente o limite à fantasia materna (IACONELLI, 2007). O luto, neste contexto, não se restringe à perda do filho já diferenciado, mas à falência do processo de diferenciação em si. A mãe se vê confrontada com a perda de um ser cuja alteridade foi apenas antecipada e projetada, e não firmemente estabelecida pela experiência da realidade. O bebê permanece, em grande parte, no registro do imaginário e do fantasmático, dificultando o desligamento necessário e deixando a mãe presa à dor da fantasia quebrada e do investimento narcísico que não pôde ser completamente renunciado (AGUIAR, 2016).

1.3 Bebê fantasmático, imaginário e real

A teoria psicanalítica traz contribuições valiosas para entender as diversas representações do bebê, que coexistem no psiquismo materno. Segundo Lebovici (1987 apud AGUIAR, 2016), é possível distinguir três formas de bebê: o bebê fantasmático, o bebê imaginário e o bebê real.

De acordo com o autor, o bebê imaginário é aquele que nasce através das idealizações da mãe. É um bebê que representa seus desejos: o filho desejado, sonhado, antecipado. Ele é carregado de expectativas sobre como será sua aparência, sua personalidade, seu destino. Já o bebê fantasmático, por sua vez, é aquele que se liga aos conteúdos inconscientes da mãe, portanto, às suas repetições, seus conflitos infantis, identificações e vivências não elaboradas. Por muitas vezes, o bebê traz consigo “heranças transgeracionais”, representando fantasmas familiares ou desejos recalcados (LEBOVICI, 1987, *apud* AGUIAR, 2016).

Sendo assim, o bebê fantasmático está intrinsecamente ligado aos conteúdos mais arcaicos e inconscientes da mãe. Trata-se daquele que carrega a influência da história de vida, dos conflitos infantis não elaborados, das identificações inconscientes e, fundamentalmente, das compulsões à repetição oriundos do psiquismo. Em muitas instâncias, o bebê fantasmático carrega consigo um legado transgeracional, não somente no sentido biológico, mas como a transmissão psíquica de fantasmas familiares, segredos ou desejos recalcados que buscam no novo ser a sua representação, sua superação, ou até mesmo, a sua encenação no drama familiar.

O ponto de virada ocorre, contudo, com a irrupção do bebê real. Este é o ser concreto, com uma existência própria e autônoma, que se manifesta no plano da realidade material a partir do nascimento. O bebê real impõe o luto necessário pelo bebê imaginário, confrontando a mãe

com sua alteridade radical. É a partir desse embate que a dialética se estabelece: a mãe é convocada a desinvestir o idealizado (imaginário) e o repetitivo (fantasmático) para que possa, finalmente, vincular-se ao filho enquanto um sujeito singular, dando início ao longo processo de sua constituição psíquica.

Pode-se refletir que quando há uma perda gestacional, não é apenas o bebê real a morrer, mas também esses dois outros bebês: aquele idealizado e aquele que representava inconscientemente algo relevante para o psiquismo materno. Isso explica por que o luto pode ser tão profundo e intenso mesmo quando a perda ocorre precocemente, ou antes, da formação de um vínculo com o bebê concreto. Há um desmoronamento simbólico, que se inicia muito antes do nascimento ou do pleno desenvolvimento biológico.

Além disso, a morte do bebê pode trazer à tona conteúdos inconscientes que estavam, até então, recalcados. Como afirma Iaconelli (2007) e já visto anteriormente, o nascimento de um filho, mesmo quando não posto em prova concretamente, promove uma espécie de “reviravolta do inconsciente”, possibilitando o retorno de experiências e afetos que não encontraram simbolização suficiente na história da mãe. Quando essa reviravolta é abruptamente interrompida por uma perda, o psiquismo pode se ver sem recursos para lidar com a intensidade da vivência.

Nessa perspectiva, o modelo tripartite de representação do bebê: real, imaginário e fantasmático, permite compreender por que o luto gestacional pode ser tão singular e, muitas vezes, incompreendido socialmente. Não se trata apenas de um “feto” perdido, mas de uma parte do mundo interno da mulher que precisa ser simbolicamente reinvestida, elaborada e ressignificada.

O intenso investimento psíquico e narcísico da gestação (discutido nas subseções anteriores) culmina na constituição das representações do bebê no mundo interno materno, um ponto crucial para a compreensão do luto. O trabalho de diferenciação e aceitação da alteridade (conforme 1.2) implica a renúncia progressiva do bebê imaginário em favor do bebê real. A chegada do bebê concreto, com suas demandas e sua subjetividade, exige que a mãe abandone a onipotência narcísica e reconheça a diferença.

Quando entra em cena a finitude desse bebê, no entanto, esse processo é interrompido em seu ápice. O luto que se instala não é apenas pela perda do bebê real, mas principalmente pelo desmoronamento simbólico dos outros dois registros (LEBOVICI, 1983 *apud* AGUIAR,

2016). A mãe perde o bebê idealizado, que representava a promessa de futuro, e o bebê fantasmático, que carregava o peso da reparação de suas feridas psíquicas.

A morte do bebê impacta o processo de renúncia e diferenciação, deixando a mãe presa à dor da fantasia quebrada. O investimento narcísico permanece ativo, pois não houve um objeto real para impor o corte. Iaconelli (2007) afirma que a interrupção abrupta da gestação promove um processo psíquico que, com a ausência da contrapartida da realidade, se torna uma fonte de sofrimento intenso. Os conteúdos inconscientes trazidos à tona pela gravidez, que esperavam simbolização no nascimento, ficam sem destino, podendo levar a um estado confuso e à dificuldade de instaurar o trabalho de luto (IACONELLI, 2007).

Nesse cenário, portanto, o processo de luto gestacional se coloca como um luto de natureza complexa e potencialmente traumática, pois a perda atinge o núcleo da constituição da maternidade. Não se trata meramente da perda de um feto, mas da dissolução de uma parte vital do mundo interno da mulher (IACONELLI, 2007), exigindo um trabalho de resignificação que, muitas vezes, é dificultado pela ausência de reconhecimento social e rituais de passagem. A base teórica, estabelecida neste capítulo, justifica a necessidade de aprofundamento na análise dos processos de luto e da deslegitimação da dor.

A reflexão apresentada ao longo deste capítulo revela que a constituição da maternidade é um trabalho psíquico que opera ativamente desde o início da gestação. A teoria demonstra que o psiquismo da mulher se reorganiza, se vulnerabiliza e se dedica integralmente a receber o *outro*, iniciando o doloroso, mas necessário, trabalho de diferenciação. No entanto, quando esse processo é subitamente interrompido pela perda gestacional, a mãe pode se ver suspensa em um estado de “não-existência” que atinge o cerne de sua identidade. Se Winnicott consolidou a ideia de que “não existe tal coisa chamada bebê”, o fenômeno da perda gestacional impõe uma reflexão mais sensível e dolorosa sobre a face inversa dessa moeda: Quem é a mãe que existe sem o bebê?

2. Luto gestacional: trauma em potencial

2.1 Luto e o risco melancólico

A intensidade do investimento libidinal no bebê e o colapso do *self* materno, amplamente discutidos no Capítulo 1, impõem a necessidade de compreender a natureza do sofrimento psíquico que se segue à perda gestacional. O luto que se instala é singular, pois se diferencia da perda de um objeto plenamente reconhecido socialmente, o que o torna complexo e potencialmente traumático. O presente capítulo se dedica a analisar as teorias psicanalíticas que oferecem base à esta vivência, partindo da formulação clássica do luto freudiano e avançando para a reflexão a partir do conceito ferencziano de desmentido, que atua como fator de agravamento da dor e da deslegitimação da experiência potencialmente traumática.

Ao se deparar com a morte em um espaço que deveria ser dedicado à vida – como a maternidade – a mulher pode experienciar um conflito profundo entre o esperado e o real. Aguiar e Zornig (2016) refletem sobre como a morte de um bebê contradiz a expectativa de um curso natural da vida, lançando o psiquismo dos pais em um estado de incompreensão. A ausência do bebê vivo, portanto, desafia as representações usuais da maternidade, exigindo um trabalho de luto específico, muitas vezes não reconhecido socialmente. Como afirmam as autoras: “a morte invade as maternidades e espaços onde não costuma, normalmente, ser pensada” (Aguiar; Zornig, 2016, p. 265), desestabilizando os símbolos que sustentam a função materna.

O estudo sobre o processo da perda na teoria psicanalítica tem seu ponto de partida no ensaio de Sigmund Freud, *Luto e Melancolia*. O autor define luto como a reação psíquica à perda de um objeto amado, sendo caracterizado por um estado de profundo desânimo, perda de interesse pelo mundo externo - quando não lembra o objeto perdido - e pela recusa em aceitar um novo objeto de amor em substituição ao que se foi. Freud enfatiza que o luto é um processo penoso, mas necessário, que se distingue da melancolia por ser um “afeto normal” (FREUD, 1917/2010, p. 171).

Segundo Aguiar (2016), apoiando-se na teoria de Freud, visto que apenas aquilo que está relacionado ao objeto de amor perdido desperta algum tipo de interesse no enlutado, torna-se improvável a escolha de um “novo objeto de amor” (Aguiar, 2016, p. 50), ou seja, um objeto substituto a qual a libido será investida, enquanto o processo de luto não tiver terminado.

Dessa forma, o trabalho de luto, sob a ótica freudiana, constitui-se como um processo que direciona o psiquismo do sujeito a um dispendioso trabalho de desinvestimento libidinal. Não se trata de uma reação passiva à perda, mas de um doloroso movimento de retirada gradual da libido que insiste em se ligar ao objeto perdido (Freud, 1917/2010). Cada vínculo afetivo e cada lembrança do objeto são revisitados e superinvestidos antes de serem desfeitos, em um embate entre o desejo pulsional de manter o objeto e a exigência da realidade de que ele não existe mais. A vivência da perda impõe uma tarefa ao psiquismo, na qual a quantidade de energia libidinal investida naquele objeto deve ser, gradualmente, direcionada e reinvestida em novos destinos.

Torna-se importante pontuar que esta não é uma tarefa fácil. Aguiar (2016) contribui à teoria de Freud mencionando uma oposição conflituosa a qual o psiquismo é submetido, à exigência da realidade, de retirar a libido do objeto perdido. Dessa forma, a autora destaca que “só poderá ser superada pouco a pouco” (Aguiar, 2016, p. 50), ou seja, o tempo é um grande aliado no trabalho do luto.

Segundo Freud (1917/2010), também, a vivência do luto é, por si só, um evento natural que não demanda tratamento. Iaconelli (2007) complementa afirmando que há algumas condições que o psiquismo se apropria para finalizar o processo de luto, com a ajuda do tempo:

Entre elas, o superinvestimento e posterior desinvestimento de cada lembrança que diga respeito ao objeto, o teste de realidade, o reconhecimento social da dor do sujeito, a elaboração da ambivalência (IACONELLI, 2007, p. 618).

Nessa perspectiva, o mecanismo de desligamento torna-se essencial, pois, caso a libido não consiga ser despendida do objeto, o sofrimento se intensifica, culminando na transferência da ambivalência originalmente dirigida ao objeto para o próprio Eu, o que é o prelúdio da melancolia.

Quando o trabalho de luto fracassa ou é impedido, o processo pode evoluir para um estado melancólico. Freud (1917/2010) aponta que, na melancolia, o sujeito não consegue desinvestir o objeto perdido e, em vez de se voltar contra o objeto, volta-se contra seu próprio *self*, identificando-se inconscientemente com o objeto. A melancolia é, portanto, um luto em estado patológico, no qual a sombra do objeto recai sobre o próprio ego. Esse mecanismo se manifesta por meio de autodepreciação, baixa autoestima, bem como sentimentos de culpa.

Embora o quadro sintomático do luto e da melancolia se apresentem de forma semelhante - ambos exibindo profundo desânimo e diminuição do interesse pelo mundo externo - Freud (1917/2010) destaca um elemento diferencial de importante identificação: o rebaixamento da autoestima. A melancolia, portanto, não é apenas a reação à perda, mas a expressão de um conflito que retrocedeu do objeto para o próprio Eu, sendo este mecanismo característico da identificação narcísica com o objeto perdido. Assim, segundo o autor:

O melancólico ainda nos apresenta uma coisa que falta no luto: um extraordinário rebaixamento da autoestima, um enorme empobrecimento do Eu. No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio Eu. (Freud, 1917/2010, p. 175 e 176).

Com relação a esse aspecto, Aguiar (2016) referenciando a teoria freudiana, afirma que na melancolia, ao invés da energia libidinal que estava investida no objeto que deve ser desinvestido ter sido destinada a outro objeto, ela é “recolhida para o eu” (p. 52) e serve para criar uma identificação no eu com o objeto perdido. Nesse contexto, segundo a autora, o ódio é destinado para o objeto substituto (o próprio eu). Instala-se, então, o que Freud denomina de *autotortura da melancolia* (Aguiar, 2016), na qual se travam inúmeros conflitos em torno do objeto no inconsciente. Nesses embates, há a presença de uma importante ambivalência: o ódio e o amor pelo objeto perdido se enfrentam, e agora, o ódio antes dirigido ao objeto ausente é, agora, redirecionado ao próprio ego.

No contexto da perda gestacional, o risco melancólico é potencializado, pois o ataque não é apenas à perda do objeto, mas à identidade da mulher enquanto mãe que estava sendo construída. O abalo narcísico e a ausência do objeto vivo influenciam a possibilidade de uma identificação melancólica. A mulher pode vivenciar a perda como um ataque à sua competência feminina e materna, sentindo-se falha enquanto mulher. Para além disso, é possível pensar no aspecto presente na melancolia, no qual por vezes não há certeza de qual objeto foi perdido. Nessa perspectiva, em relação à perda gestacional, nos leva a pensar no bebê enquanto objeto virtual, que existe de maneira parcial à realidade:

A referência a uma perda desconhecida na melancolia nos faz lembrar o estatuto virtual do objeto perdido nos casos de óbitos fetais. Através de observações clínicas, notamos como o conhecimento do que foi perdido com a morte do feto é confuso (AGUIAR, 2016, p. 52).

Conforme discutido por Iaconelli (2007), há uma tendência da sociedade em atribuir o vínculo proporcionalmente ao tempo cronológico, o que é, de acordo com ela, de certa forma justificado. No entanto, o que normalmente se desconsidera, é o vínculo que é construído desde o início da gestação. De acordo com ela, “[...] a formação de vínculo se assenta sobre as entranhas do psiquismo materno desde sua formação e deve a identificação com objeto sua potencialidade” (IACONELLI, 2007, p. 619). Com isso, podemos pensar que quando a mãe é privada de seu objeto de amor investido libidinalmente (com o falecimento do bebê), é necessário propiciar as condições favoráveis à elaboração do “luto normal”.

Além disso, para pensar o luto, é possível afirmar que o cerne do trabalho reside na confrontação com o “exame de realidade” (Freud, 1917/2010, p. 173). A partir dele, o ego do sujeito é forçado a aceitar a evidência de que o objeto amado não existe mais. Essa constatação exige a tarefa psíquica de retirada do investimento libidinal de todas as conexões ligadas ao objeto perdido (Freud, 1917/2010).

A aplicação desse modelo à perda gestacional revela suas profundas limitações e a singularidade desse sofrimento. O exame (ou prova) de realidade, por sua vez, encontra obstáculos significativos, pois muitas vezes o bebê não se constituiu socialmente como existente - não sendo nomeado, visto ou reconhecido publicamente. A ausência de rituais simbólicos (como velório) e de validação social impede que a realidade da perda seja atestada publicamente. Essa ausência de consagração torna o luto silencioso e menos legitimado, dificultando a retirada da libido do objeto (FREUD, 1917/2010) e favorecendo o desenvolvimento de um quadro patológico.

O bebê, sendo ainda um objeto virtual e em potencial, não está firmemente inscrito no plano material. Agregado a essa fragilidade do objeto, soma-se o fato de o filho frequentemente não ter tido sua existência legitimada pelo círculo social, o que culmina na invalidação da dor vivenciada. Tais considerações permitem inferir o quão árduo pode vir a ser o processo de luto. A exigência de abandonar a posição libidinal de ligação ao objeto perdido torna-se extremamente penoso, uma vez que o objeto não é reconhecido como realidade externa, mas sim como uma espécie de fantasia interrompida.

Dessa maneira, o luto gestacional se estabelece como um processo de difícil simbolização, dado o estatuto singular do objeto perdido. É na fragilidade do reconhecimento da perda que reside o potencial traumático da vivência, conforme aponta a literatura:

Devido a isso, nossa hipótese é que o óbito nesse período é potencialmente problemático e pode ser vivido como traumático, uma vez que o objeto de amor perdido não está firmemente reconhecido como objeto da realidade (AGUIAR, 2016, p. 12).

A perda atinge, ainda, o *self* da mulher, de maneira que o objeto em questão que frequentemente representava uma "parte de si carregada de esperança de rever suas feridas narcísicas" (Aguiar, 2016, p. 12) agora fora perdido. Essa natureza do investimento libidinal, associada à ausência da validação social, lança a gestante em um estado confuso e, fundamentalmente, dificulta a instauração do trabalho de luto.

O desenvolvimento de um estado melancólico, nesse momento, também aparece como um caminho possível realizado pelo psiquismo na presença de impasses que dificultam o processo de luto se estabeleça com naturalidade. Associado à ausência de provas da realidade, a melancolia surge como uma "incorporação do objeto perdido em seu próprio ego" (Aguiar; Zornig, 2016, p. 278), em meio a impossibilidade de reconhecer o objeto perdido.

Nessa lógica, a dificuldade de concretizar o exame de realidade pode lançar a mulher em um luto não reconhecido socialmente, um luto silenciado (Aguiar; Zornig, 2016). A negação social do objeto perdido agrava o sofrimento materno, pois a mulher se vê isolada em sua dor, dificultando a elaboração simbólica.

Em suma, a ausência de reconhecimento por parte do ambiente culmina em uma espécie de desautorização e deslegitimação da dor materna. Esse fracasso intersubjetivo impede que a mulher encontre um testemunho para a sua perda, tornando o sofrimento insuportável e inarticulável. O psiquismo é, de certa forma, impelido a introjetar a perda de um objeto que o mundo externo se recusa a validar. O "pacto do silêncio" (Aguiar; Zornig, 2016) torna-se, portanto, um risco:

Por fim, alertamos para o risco do silêncio que se estabelece diante da perda fetal. Quando o silêncio invade o cenário onde a morte se dá, a elaboração será muito mais penosa (AGUIAR; ZORNIG, 2016, p. 279).

Essa penosidade se explica porque o silêncio não apenas isola, mas desautoriza a dor, impedindo que ela encontre destino na linguagem e na memória coletiva. É nesse vazio intersubjetivo, onde o sofrimento é deslegitimado e o luto não encontra testemunho, que a dor deixa de ser apenas luto e adquire o potencial de se cristalizar como trauma.

Apesar disso, a título de contribuição, Muza et al (2013) reforça a necessidade de respeitar o tempo de elaboração do luto gestacional, que não deve ser apressado pelos familiares ou pela equipe de saúde. Portanto, o tempo despendido à elaboração torna-se central para a compreensão acerca do desenvolvimento do processo do luto.

2.2 Desmentido e trauma

O luto na perda gestacional, cuja singularidade já foi estabelecida especialmente pela falência da prova de realidade, permite compreender que a experiência do sofrimento adquire um potencial traumático na medida em que o ambiente social falha em reconhecer e validar o sofrimento da mãe. É nesse ponto que a teoria de Sándor Ferenczi sobre o trauma e o conceito de desmentido torna-se valiosa para compreender a singularidade da dor nessas mulheres, bem como o perigo da invalidação.

Ferenczi (1931/2011) postula que o elemento mais patogênico do trauma não reside apenas no evento chocante em si, mas fundamentalmente na reação subsequente do ambiente, particularmente na falta de acuidade e de validação acerca da experiência do sujeito. O desmentido, para Ferenczi, ocorre quando a vítima busca o amparo do meio social, e sua aflição é repelida, ignorada ou invalidada, configurando uma violência secundária. O autor é enfático ao argumentar que a negação é o fator que transforma a vivência dolorosa em patogênica, tratando-se de uma re-traumatização:

"O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento [...]. É isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico" (FERENCZI, 1931/2011, p. 79-80).

O trauma, na perspectiva ferencziana, é essencialmente intersubjetivo, pois o desmentido não apenas nega o fato objetivo, mas sobretudo desqualifica a experiência subjetiva

do sujeito que sofreu a violência. A ausência de validação social é expressa de diversas formas no luto gestacional, todas elas atuando como desmentido: o ambiente frequentemente nega ou minimiza a existência do vínculo - argumentando que o bebê não chegou a "ser gente" ou que se tratava apenas de um "feto" - e minimiza a profundidade da dor com frases clichês, como "Você é nova, pode ter outro". Tais atitudes impõem uma invisibilidade do sofrimento e instigam a mulher a demonstrar força e a "seguir em frente" sem o devido recolhimento necessário ao luto (Iaconelli, 2007).

Dessa forma, essa espécie de desmentido social impede que a mulher encontre um testemunho para a sua dor. É como se não houvesse porquê sofrer, afinal, o que foi perdido? A ausência de uma rede que acolha e valide a vivência faz com que o luto se torne insólito e inarticulável (Iaconelli, 2007), pois a mulher é impedida de sentir, sendo-lhe imposta uma percepção que nega sua própria experiência interna. O sofrimento, ao invés de ser nomeado e elaborado no laço social, pode ser internalizado como culpa ou falha pessoal.

Levantamos, portanto, a hipótese central de que a falta de validação social do luto gestacional atua como um desmentido, contribuindo ativamente para a sua cristalização em uma vivência potencialmente traumática. O psiquismo da mãe, fragilizado pelo intenso investimento narcísico e pela interrupção da construção da alteridade, é re-traumatizado duplamente por essa recusa externa. A desqualificação da dor, que ataca o *self* e suas construções, impede o processo de simbolização. Uchitel (2001 apud Iaconelli, 2007) traz uma importante descrição acerca da mobilização psíquica advinda do trauma recusado pelo desmentido:

A descrença, o desmentido, agride o processo de simbolização, coloca em dúvida o sentido de realidade, a sustentação do ego, a percepção e a organização psíquica. O trauma acontece quando não é permitido sentir e saber, quando se impõe outra percepção que tenta negar a existência da própria (p.117).

Nessa lógica, a recusa do ambiente em legitimar o sofrimento tem um custo psíquico significativo. Aliado a isso, cabe relacionar o contexto social de negação ao conceito de *luto não reconhecido* (*Disenfranchised Grief*), desenvolvido pelo psicólogo Kenneth J. Doka. O luto gestacional, por sua vez, pode ser um exemplo de perdas que a sociedade não julga como válidas, ou seja, aquelas para as quais não há suporte social ou rituais bem estabelecidos.

Zilberman (2022), com relação à teoria de Doka, afirma que para entendermos o aspecto social do luto, cabe lembrar que cada sociedade tem normas que condicionam o processo. Assim, na presença de uma perda, essas normas não incluem apenas como o enlutado deve agir, mas também como deve sentir-se e pensar. Tais normas estabelecem quais perdas podem ser sentidas, como o enlutado as sente, quem pode de fato senti-la, e como e por quem o entorno pode responder de maneira empática ou prestar apoio emocional.

O conceito de Luto Não Reconhecido adquire uma conotação clínica ainda mais grave quando somado ao conceito ferenciano. A ausência de validação pública, bem como a ausência de rituais, o silêncio do entorno ou a negação da equipe de saúde - representa a falência do testemunho. O trauma exige um outro que ateste a realidade do ocorrido e a legitimidade do afeto posterior ao evento. Sem esse acolhimento e validação, o sofrimento pode tornar-se insuportável. A desautorização do sofrimento pode, inclusive, influenciar uma “resposta patológica” (Aguiar, 2016, p. 33) frente à morte do filho.

Sendo assim, o não reconhecimento da perda por parte do ambiente social representa um fator de risco significativo para a saúde psíquica dos pais. O óbito do bebê convoca um luto de natureza singular que demanda uma reflexão específica, conforme afirmado por Aguiar (2016). Casellato (2005 apud Aguiar, 2016) convoca uma reflexão, à medida que afirma que vivemos em um contexto sociocultural marcado pela evitação e negação da morte, o que por si só demandaria uma longa discussão. Em decorrência disso, o não reconhecimento social de determinadas perdas, como ocorre frequentemente no óbito fetal, torna-se um obstáculo à plena realização do trabalho de luto, dificultando a expressão dos sentimentos e a participação em rituais de despedida. A autora citada questiona se essa experiência, marcada pela pressão social por uma rápida recuperação e retomada das atividades, pode ser caracterizada como um *luto silencioso*, dada a dificuldade de compartilhar e validar o sofrimento (Aguiar, 2016).

De acordo com a autora, pautado em sua experiência e nas observações empíricas na clínica da perinatalidade, Aguiar (2016) acrescenta que há uma grande frequência em que o círculo social da mulher enlutada tende a continuar suas rotinas como se nada tivesse acontecido. Segundo a psicanalista: “Parece haver uma forte tentativa no sentido de destituir essa perda de significado e retirar os traços que possam ter deixado” (Aguiar, 2016, p. 34).

A partir disso, a falha do ambiente em reconhecer a perda atinge o íntimo da intersubjetividade materna. O psiquismo da mãe, após o intenso trabalho da gestação, encontra-se em um estado de vulnerabilidade que espera uma resposta “continente” do meio, assim como Winnicott (1979) considerou que a mãe deveria oferecer a seu bebê. O desmentido rompe com esse pacto invisível, não apenas negando a perda do bebê, mas invalidando sua existência enquanto sujeito. A mãe é, então, lançada em uma solidão moral na qual a dor, ao invés de ser compartilhada e elaborada, permanece como um silêncio sem destino.

A violência por parte da sociedade que desmente o sofrimento por perda gestacional, portanto, não provém apenas dos vínculos familiares, mas frequentemente da instituição de saúde (Muza et al., 2013), que exige objetividade e frieza em um momento de sensibilidade e dor. Ao impor uma linguagem insensível e ao negligenciar a importância de rituais de despedida, a equipe profissional reforça o caráter traumático da perda. Nesse contexto, o desamparo no óbito perinatal advindo da rede social já se inicia no espaço no qual frequentemente ocorre a perda, onde profissionais de saúde veem essa perda como um fracasso da medicina, de maneira que somente os sentimentos de frustração e impotência encontram espaço para serem expressados (Santos et al., 2004 apud Muza et al., 2013).

Ademais, o potencial patológico do óbito perinatal é atualizado diante do tratamento oferecido à mulher enlutada. O trauma se configura, primordialmente, na relação com a recusa do ambiente (Iaconelli, 2007). O desmentido da experiência subjetiva revela-se, assim, como uma expressão do evento traumático, bem como a impossibilidade de criar mecanismos de atestar esta perda.

Com relação ao exame de realidade de Freud, já comentado anteriormente, cabe afirmar que no contexto de perda gestacional há uma ausência significativa de provas no ambiente que comprovem a perda à essa mãe. Segundo Iaconelli (2007), referente aos procedimentos ritualísticos, pode-se afirmar que o luto perinatal é frequentemente marcado pela deslegitimação do momento de despedida, de maneira que o desejo dos pais de promover rituais que validem a perda nem sempre é acolhido pelo entorno. Mesmo quando tais rituais ocorrem, podem gerar constrangimento, revelando a incapacidade social de conferir à morte de um bebê o estatuto de morte de filho. A autora afirma que não cabe avaliar a adequação dos procedimentos, mas sim ressaltar a dissociação entre o que é conveniente ao ambiente e o que é desejável pelos pais (Iaconelli, 2007).

Em síntese, Aguiar (2016) também complementa afirmando que o encontro entre a vida e a morte revela-se como um acontecimento difícil de ser colocado em palavras e de ser introjetado psiquicamente. Ela menciona, em consonância com a reflexão de Iaconelli (2007), que a sociedade, inclusive os profissionais de saúde, encontram barreiras para incentivar os pais na vivência de seu luto no contexto da perda gestacional. A autora afirma, portanto, que isso “mostra-se como uma tentativa de destituir a perda de significado e de escamotear seu verdadeiro sentido” (Aguiar, 2016, p. 81).

Sendo assim, levando em consideração este cenário, a autora considera importante incentivar os pais a adotarem uma postura mais ativa mediante à morte de seu filho, podendo escolher, sustentados por seu próprio desejo, “se querem vesti-lo, tocá-lo, participar de rituais fúnebres e de despedida, desfazer-se dos pertences do filho, etc.” (Aguiar, 2016, p. 81). Desta forma, em uma direção oposta ao de desmentir, os pais da criança poderão ter memórias que possam ser evocadas e investidas a posteriori em um trabalho de luto (Aguiar, 2016).

3. Fragmentos Clínicos

A presente seção tem como propósito trazer à luz fragmentos de relatos extraídos do livro *Histórias de amor na perda gestacional e neonatal* (LUPI et al., 2015), com a proposta de evidenciar, a partir da narrativa singular de cada mulher, as diferentes possibilidades de vivência e elaboração de uma perda gestacional. A escolha por utilizar escritos de mães que experienciaram a morte de seus bebês ainda no período intraútero em diferentes idades gestacionais, fundamenta-se no intuito de ampliar a compreensão acerca dos possíveis efeitos que essa experiência pode vir a produzir no psiquismo. Mais do que descrever o evento em si, os relatos revelam nuances emocionais, simbólicas e relacionais que atravessam a vivência do luto, permitindo reconhecer como cada trajetória se constitui por marcas singulares, mas, ao mesmo tempo, se articula a processos psíquicos descritos pelas diferentes teorias.

A escolha pela exposição destes fragmentos clínicos não se restringe ao caráter ilustrativo, mas busca dar lugar à palavra das próprias mães, preservando trechos de suas narrativas e possibilitando uma análise que articule suas vivências com as contribuições da teoria psicanalítica. Dessa forma, cada relato apresentado revela não apenas a dor da perda, mas também os modos singulares de enfrentamento, os recursos subjetivos utilizados por cada uma e a relevância da presença das redes de apoio.

Optou-se por selecionar três histórias de perda gestacional, considerando sua relevância para ilustrar os aspectos emocionais, psíquicos e sociais que enumeram-se diante deste tipo de vivência. Além disso, a escolha buscou contemplar relatos em diferentes idades gestacionais, uma vez que cada período da gestação envolve expectativas específicas que, quando interrompidas, geram nuances próprias no processo de luto. Dessa forma, os fragmentos escolhidos permitem tanto reconhecer a singularidade de cada experiência quanto identificar elementos comuns, como a dor pela ruptura abrupta, o silenciamento por parte do coletivo e as tentativas de resignificação da perda.

3.1 “*Carta para meu bebê*”

O primeiro relato apresentado refere-se a uma perda gestacional precoce, vivenciada por Lilian às nove semanas de gestação. A mãe descreve, inicialmente, a alegria ao descobrir a gravidez após longo período de espera, e a satisfação por ter conseguido engravidar naturalmente: “*A felicidade de saber que você estava ali e a gratidão por receber esse presente*

me invadiram de um jeito que eu só dizia: ‘Obrigada, obrigada, obrigada!’” (LUPI et al., 2015, p. 137).

Lilian relata não ter sentido medo e, por isso, compartilhou a gestação desde muito cedo com familiares e amigos. Embora socialmente esse gesto seja por vezes desencorajado tendo em vista os altos índices de perda nos primeiros meses de gestação, Lilian ressignifica a decisão, reconhecendo que foi justamente essa exposição que lhe permitiu ser acolhida posteriormente no momento da perda: *“Se não tivesse contado, não poderia receber tantas demonstrações de amor”* (LUPI et al., 2015, p. 137).

Com relação à perda, Lilian enfatiza a importância do suporte recebido, inclusive de pessoas desconhecidas: *“Receber o carinho da moça grávida, totalmente desconhecida, que me viu chorando no hospital, me acolheu, buscou água, me levou aonde eu precisava ir, foi algo que eu jamais pensei que poderia acontecer”* (LUPI et al., 2015, p. 137/138). Nesse sentido, o relato mostra que, apesar do sofrimento, a experiência também revelou gestos de solidariedade e cuidado que ficaram marcados tanto quanto a dor da vivência da perda.

A presença da família foi outro aspecto significativo. A filha mais velha aparece como figura importante de suporte emocional, trazendo esperança e amor em meio à dor: *“Dormiu gostoso no meu colo, calma, me encheu de beijos e abraços, chamava ‘Mamãe!’ e sorria para mim, mostrando que a vida está aí, no presente, e que tudo, tudo vale a pena”* (LUPI et al., 2015, p. 138).

Apesar da intensidade do luto, Lilian elabora sua perda de maneira simbólica, reafirmando que aquele bebê sempre terá um lugar em sua história: *“Você será sempre meu segundo bebê, que veio e foi embora para, entre outras coisas, me mostrar o quanto podemos fazer diferença na vida das pessoas por meio de pequenos e sinceros gestos”* (LUPI et al., 2015, p. 138).

O relato de Lilian, marcado pela perda gestacional precoce, ilustra a intensidade do investimento libidinal no objeto (filho) que pode ocorrer desde o início da gestação, conforme discutido nos capítulos anteriores. Sua alegria e gratidão pela existência daquele sujeito evidenciam que o bebê enquanto *imaginário* (LEBOVICI, 1987, apud AGUIAR, 2016) já estava fortemente constituído, atuando como um objeto de desejo e de satisfação narcísica,

especialmente após um longo período de espera. A perda, portanto, ainda que em estágio inicial, atinge esse núcleo de reparação e esperança, o que propicia a profundidade da fissura da experiência que veio em seguida.

A decisão de Lilian de compartilhar a gestação precocemente, embora contrarie certo discurso social, revelou-se de certa forma como um mecanismo de proteção contra o desmentido (Ferenczi, 1932/1992). Ao contar sobre a gravidez, Lilian permitiu que o seu vínculo e, conseqüentemente, a sua perda, fossem reconhecidos pela sua rede. Seu relato demonstra que o suporte recebido funcionou como um contratestemunho à regra social do silêncio: "*Se não tivesse contado, não poderia receber tantas demonstrações de amor*" (p. 137). A ação de pessoas desconhecidas, ao acolherem seu sofrimento, cumpre a função de validação que a sociedade frequentemente se abstém, mitigando o potencial traumático do isolamento e da solidão moral.

Por fim, pode-se observar uma capacidade de elaboração simbólica de Lilian. Ao afirmar "*Você será sempre meu segundo bebê*" (p. 138), ela confere estatuto de sujeito ao bebê falecido, o que é fundamental para a retirada gradual do investimento libidinal (Freud, 1917/2010). A presença da filha mais velha, ainda, "*mostrando que a vida está aí*" (p. 138) funciona como um objeto reparador que auxilia a mãe a reinvestir a libido na vida presente. Lilian consegue, portanto, em seu luto, ressignificar a dor e traduzi-la em aprendizado, inscrevendo a memória do bebê em sua história sem prender-se ao registro melancólico da culpa ou da falha.

3.2 “Múltiplas perdas e a luta pela maternidade”

O segundo relato é de Odete Santos, que vivenciou um percurso marcado por múltiplas perdas gestacionais ao longo da vida. Aos 43 anos, após longas tentativas e diferentes tratamentos, conseguiu engravidar naturalmente, mas a gestação durou apenas dois meses: "*Que tristeza ao perdê-lo, que decepção, que dor no coração!*" (LUPI et al., 2015, p. 179).

Na sequência, Odete buscou alternativas médicas, como inseminação artificial e fertilização in vitro (FIV). Entre expectativas e frustrações, descreve a dor de ouvir diagnósticos que apontavam a dificuldade de engravidar novamente: "*Ouvi palavras desanimadoras de alguns médicos - as mais comuns eram: “Na sua idade, gravidez não acontece mais!” Como*

doía ouvir isso...” (LUPI et al., 2015, p. 179). Esse trecho revela não apenas o sofrimento diante das perdas, mas também o impacto dos discursos médicos na subjetividade materna.

Após diversos procedimentos, Odete engravidou de gêmeos. Entretanto, um deles não sobreviveu, e ela precisou lidar com a complexa experiência de acompanhar a vida de um filho em paralelo à perda de outro. *“Como viver mais esta perda, após sete meses de repouso absoluto à sua espera? Como cuidar de um bebê prematuro, sozinha, estando em luto?”* (LUPI et al., 2015, p. 180). *“Não existe dor similar à dor da perda de um filho, não há manuais que nos ajudem a passar por isso sem sequelas. A dor será eterna”*. (LUPI et al., 2015, p. 181).

O percurso de Odete, conforme delineado em seu relato, transcende a experiência comum da gestação ao ser marcado pela multiplicidade de perdas e pelo alto investimento no desejo da maternidade. A dificuldade prolongada em conceber e as sucessivas intervenções médicas, como a FIV, atuam como fatores que intensificam as expectativas e as fantasias projetadas na existência deste bebê. Desse modo, a gravidez não se configura apenas como um evento biológico, mas como a materialização de um esforço especialmente subjetivo e a promessa de superação de um longo histórico de frustrações. Cada perda vivenciada, nesse contexto, representa um profundo abalo na “promessa de reparação” e um possível abalo no narcisismo materno, manifestando-se em um ciclo de intensa dor, conforme as palavras da própria mãe que narra sua *“tristeza”, “decepção” e “dor no coração!”* (p. 179). Dessa forma, a cada perda, o investimento psíquico precisa ser retirado de um objeto cuja existência era mais do que esperada: era um projeto arduamente conquistado, evidenciando a fragilidade do vir a ser em face da persistente ausência.

Além disso, o impacto do discurso médico no relato de Odete aparece como um exemplo contundente da frequente insensibilidade no discurso por parte dos profissionais de saúde. Palavras como *“Na sua idade, gravidez não acontece mais”* (p. 179) não apenas oferecem um diagnóstico, mas também desqualificam a esperança e o desejo desta mulher.

Por fim, um ponto do relato a destacar é a perda de um dos gêmeos após sete meses de gestação. Odete precisou lidar com a experiência paradoxal de cuidar do bebê sobrevivente, em seu estatuto de “real”, enquanto vivenciava o luto pelo bebê fantasmático/imaginário perdido. A coexistência da vida e da morte no mesmo período gestacional pode tornar o trabalho de luto particularmente difícil, pois o psiquismo materno é forçado a diferenciar e a ligar-se a um filho,

enquanto se desliga do outro. A dor de Odete (*"A dor será eterna"* p. 181) pode indicar um luto de árdua elaboração, visto que a singularidade de processar a perda em paralelo às demandas do filho que vive põe em cheque a simbolização completa da vivência.

3.3 *"Para sempre, Alice"*

O terceiro caso, de Raquel Curi, refere-se a uma perda gestacional em estágio avançado. Em uma consulta de rotina, a mãe recebeu a notícia de que não havia mais batimentos cardíacos do bebê. Raquel descreve uma intuição prévia: *"No caminho, eu já sentia. Tinha algo errado."* (LUPI et al., 2015, p. 198). *Esse* trecho ilustra a ligação simbiótica entre mãe e filho, em que o corpo materno percebe alterações mesmo antes da confirmação médica.

Ao dar entrada no hospital e realizar a ultrassonografia do bebê, a mãe recebeu da profissional de saúde a notícia da ausência de batimentos cardíacos, confirmando o óbito fetal intrauterino. Diante da comunicação da perda, Raquel descreve sua experiência: *"Naquele momento, dei entrada no inferno. Nunca pensei que fosse sentir uma dor igual na minha vida. Eu gritava [...]"* (LUPI et al., 2015, p. 199).

A experiência de Raquel foi abrupta e dolorosa: *"Foi o adeus mais dolorido da minha vida"* (LUPI et al., 2015, p. 200). O parto, nesse contexto, adquire um sentido paradoxal, pois o nascimento é ao mesmo tempo despedida.

Além disso, a experiência da mãe diante do óbito fetal foi rapidamente confrontada com a realidade burocrática da perda. Pouco tempo após a comunicação do óbito, os profissionais de saúde interpelam Raquel acerca das possibilidades vigentes, de enterro ou cremação. Diante dessa exigência, Raquel descreve sua profunda recusa e negação: *"Era impossível acreditar que era verdade. Era a vida nos torturando com os maiores requintes de crueldade. Eu, enterrar minha filha? Meu bebê? Não podia ser verdade"*.

Ademais, Raquel descreve a importância de permanecer com sua filha mesmo após o óbito, um gesto que se configurou como um ritual de despedida necessário à elaboração da perda: *"A enfermeira-anjo, que me acompanhou naquela noite, me disse que eu poderia ficar com ela até quando eu quisesse. Até quando? Dá para ser para sempre?"* (LUPI et al., 2015).

“Muita gente achou mórbido o fato de eu ter ficado com ela. Eu não. Era a minha filha e a nossa chance de nos despedirmos. Encostei a pele dela na minha. Precisava senti-la.” (LUPI et al., 2015, p. 200).

Ao receber alta e deixar a maternidade, Raquel se viu confrontada com o retorno a um cotidiano onde a ausência de Alice era uma realidade impossível de ignorar. A mãe descreve esse período inicial da seguinte maneira: *“A partir daí, as horas passaram a durar uma eternidade, os dias nunca acabavam. Foi um pesadelo sem fim. Sair do hospital de mãos vazias e peito cheio. [...]”* (LUPI et al., 2015, p. 201).

Com relação aos dias posteriores à perda, Raquel descreve uma profunda transformação em sua identidade, vivenciando a perda de uma parte de si: *“Não era mais eu. Eu tinha me transformado. Um pedaço enorme faltava. Teria que me reinventar sem ele. Mas como?”* (LUPI et al., 2015, p. 201).

Por fim, o presente relato destaca o papel essencial do suporte recebido, especialmente da rede familiar, como recurso para o enfrentamento da perda: *“Tive muito apoio da minha família. Meu marido foi e está sendo meu companheiro mais do que nunca. Mais do que ter uma filha juntos, perder uma filha juntos nos aproximou ainda mais”* (LUPI et al., 2015, p. 202). No entanto, Raquel reconhece a existência de uma limitação social relativa ao tempo e à intensidade de seu sofrimento: *“[...] sim, existe um limite social para a dor. Sabia que uma hora as pessoas iam esperar e cobrar que eu ficasse bem”* (LUPI et al., 2015, p. 203).

A partir da história de Raquel e Alice, é possível pensar que a vivência do óbito fetal em estágio avançado demonstra uma abrupta ruptura no processo de diferenciação. A irrupção da perda impacta o psiquismo da mãe no auge do desenvolvimento da *preocupação materna primária* (Winnicott, 1956/2000), onde o investimento no bebê em sua condição de *fantasmático* e *imaginário* já havia se consolidado. A mãe, que estava no caminho de se tornar “ambiente” de um bebê real e em um processo de renúncia narcísica em prol do filho, tem esse trabalho de alteridade suspenso.

O abalo na identidade da mulher se manifesta no discurso de Raquel especialmente após a alta hospitalar: *“Não era mais eu. Eu tinha me transformado. Um pedaço enorme faltava.*

Teria que me reinventar sem ele. Mas como?” (p. 201). Essa fala evidencia que o luto não é apenas pela perda do objeto, mas pela destituição do *self* materno que estava em construção. O investimento libidinal no bebê permanece, mas o objeto concreto desapareceu, resultando na sensação de *“sair do hospital de mãos vazias e peito cheio”* (p. 201), uma metáfora referente ao vínculo que permanece, bem como as marcas fisiológicas, e da dor frente à ausência que se apresenta.

Para além disso, o relato de Raquel ilustra a importância dos rituais de despedida como mecanismos de enfrentamento à negação psíquica frente à perda (Iaconelli, 2007). Diante da dor e do sentimento de incredulidade - *“Era impossível acreditar que era verdade. Eu, enterrar minha filha? Meu bebê? Não podia ser verdade”* -, a decisão de permanecer com a filha nos braços e tocá-la - *“precisava senti-la”* (p. 200) atua como um exame de realidade (Freud, 1917/2010), etapa fundamental para iniciar e permitir o desinvestimento libidinal. O parto ainda, nesse contexto, adquire um sentido paradoxal de encontro e despedida - *“Foi o adeus mais dolorido da minha vida”* (p. 200).

Contudo, ainda com relação aos rituais, a busca por esses procedimentos por parte dos pais é prontamente confrontada pelo “desmentido”, juntamente a um julgamento do entorno - *“Muita gente achou mórbido o fato de eu ter ficado com ela”* (p. 200) - a fala expõe a falha do ambiente em validar o vínculo e o luto, além do constrangimento que é expressado por parte da sociedade (Iaconelli, 2007). É como se, de certa forma, dissessem: “por que sofrer a perda se não há o que foi perdido?”, afinal aquilo que se perde não é reconhecido. A sociedade discursa em direção à inexistência desse filho, e a mãe precisa lutar por sua dor: *“Era a minha filha e a nossa chance de nos despedirmos.”* (p. 200).

A vivência de Raquel exemplifica a problemática central do luto não reconhecido, que aumenta o risco de a perda evoluir para uma condição melancólica. A mãe reconhece a presença de uma cobrança social tendo em vista a finitude do sofrimento: *“[...] sim, existe um limite social para a dor. Sabia que uma hora as pessoas iam esperar e cobrar que eu ficasse bem”* (p. 203). Nesse contexto, a imposição de um prazo para o fim do sofrimento ameaça prejudicar o processo de luto e impedir o trabalho de elaboração, de maneira que desconsidera o tempo subjetivo de cada mulher.

Por outro lado, o presente relato destaca o suporte familiar enquanto rede de apoio como um importante fator de proteção à favor do desenvolvimento de um luto mais saudável. O marido de Raquel, ao compartilhar da mesma perda - “*perder uma filha juntos nos aproximou ainda mais*” (p. 202) - atua como um ambiente que acolhe e testemunha, permitindo que a existência da filha seja validada. Esse suporte é o elemento que possibilita à mãe iniciar, gradualmente, o processo de “reinvenção” que Raquel se refere (p. 201). Esta, por sua vez, encara a dolorosa tarefa de reconstruir a própria subjetividade após a perda de seu objeto de amor, um desafio que exige não apenas recursos internos, mas o acolhimento que a sociedade, em grande parte, se abstém.

A análise dos três fragmentos clínicos evidencia, em primeiro plano, a singularidade de cada experiência, bem como a presença de elementos comuns que atravessam a vivência do luto gestacional. Independentemente da idade gestacional em que a mulher se encontra - da perda precoce de Lilian à perda avançada de Raquel -, a morte intrauterina é narrada pelas mães como um evento de grande impacto e mobilização.

Sob a ótica psicanalítica, os relatos confirmam a complexidade do investimento materno abordada no primeiro capítulo. Observa-se a presença intensa do bebê em sua condição de imaginário e fantasmático (Lebovici, 1987 apud Aguiar, 2016), cuja perda se traduz no insucesso da promessa de reparação narcísica e do projeto identitário da mãe. A dor da perda, conforme a teoria, não se restringe à ausência concreta do bebê, mas à falência do processo de diferenciação e à impossibilidade de concluir o trabalho de alteridade, deixando a mãe suspensa no investimento afetivo (Aguiar, 2016).

Como trabalhado anteriormente ao longo do segundo capítulo (2.1), na obra *Luto e Melancolia* (1917/2010), Freud diferencia duas formas de resposta do psiquismo à perda: o luto e a melancolia. A partir dos trechos apresentados, pode-se observar que Lilian, por exemplo, se aproxima do processo natural de luto, ao dizer “Você será sempre meu segundo bebê”. Assim, ela reconhece o bebê falecido como sujeito, conferindo-lhe um lugar simbólico em sua história, envolto em diferenciação. Esse gesto permite, portanto, que a perda seja nomeada e representada, condição essencial para o trabalho de luto e para o progressivo deslocamento da libido, como propõe Freud. Além disso, a presença da filha mais velha atua como um objeto reparador que favorece o reinvestimento afetivo em outros objetos de amor, atuando como fator de proteção em direção a um processo de luto saudável. Assim, seu percurso revela um

movimento de elaboração, em que a memória do bebê é integrada à sua narrativa de vida de maneira que a perda não se transforme em fonte de culpa ou auto-depreciação, aspectos típicos da melancolia (FREUD, 1917/2010).

O autor afirma, também, que o trabalho de luto exige tempo, investimento psíquico e um ambiente que permita ao sujeito elaborar gradualmente a perda (FREUD, 1917/2010). O relato de Raquel, por sua vez, destaca dois elementos que dialogam diretamente com essa formulação freudiana:

Em primeiro lugar, o apoio familiar recebido por Raquel atua como um importante suporte para o processo de luto. Embora Freud enfatize que o trabalho de luto é, em última instância, um processo interno, ele reconhece que fatores externos podem facilitar ou dificultar a elaboração. O apoio do marido e da família, portanto, cria condições para que Raquel possa enfrentar a dor sem estagnar nela, favorecendo o desinvestimento progressivo do objeto perdido e a reorganização da libido.

Por outro lado, a fala de Raquel sobre “um limite social para a dor” evidencia uma dimensão que Freud também menciona: ao contrário da melancolia, o luto é compreendido socialmente como um estado esperado e temporário. A sociedade tolera a tristeza por um certo período, pressupondo que, com o tempo, o sujeito retomará suas atividades e restabelecerá seus investimentos na vida. Essa pressão externa aparece no relato de Raquel como cobrança para retomar seu bem-estar, reforçando a ideia freudiana de que o luto possui uma duração socialmente delimitada e que, quando tal duração é ultrapassada ou quando o sofrimento se intensifica, surge o risco de o processo ser interpretado como patológico, aproximando-se da melancolia.

Tratando-se da experiência do luto por perda gestacional, há ainda a possibilidade do limite social estar atrelado à pouca ou nula validação que a vida do bebê tem para a sociedade. Sendo assim, um ponto crítico revelado pelas narrativas é o papel do ambiente enquanto promotor de acolhimento ou favorável à re-traumatização, e sua relevância. Os fragmentos de Odete, com o discurso médico que invalida, e de Raquel, com a presença de julgamentos referente aos rituais de despedida, ilustram a problemática central no segundo capítulo (2.2): o luto não reconhecido. A cobrança de “superação” ou a negação da existência do vínculo atuam como um desmentido social (Ferenczi, 1932/1992). Sendo assim, esse ambiente que falha em

legitimar o testemunho e a validação da dor, contribui para que o sofrimento possa evoluir para um potencial trauma secundário.

Com relação a isso, o escrito de Raquel exemplifica a maneira como a busca dos pais por procedimentos ritualísticos é prontamente confrontada pelo “desmentido” e pelo julgamento do entorno. A fala “*Muita gente achou mórbido o fato de eu ter ficado com ela*” (p. 200) expõe a falha do ambiente em validar o vínculo da mãe com o bebê, além do constrangimento que é expressado pela sociedade (IACONELLI, 2007). Esta reação social configura-se como um ato de desmentido na perspectiva de Ferenczi (1932/1992), pois, ao invés de acolher, o meio nega a dor e a realidade da perda da mãe. A sociedade discursa em direção à inexistência desse filho, e a mãe é impelida a lutar pela legitimação de seu vínculo: “*Era a minha filha e a nossa chance de nos despedirmos.*” (p. 200).

Entretanto, apesar da tristeza e do silenciamento, os relatos apontam para as possibilidades de elaboração. Nos três casos, evidencia-se que o suporte social e familiar atuou como um elemento de reparação, contrário ao “pacto do silêncio” (Aguiar; Zornig, 2016), diminuindo os riscos de um processo de luto solitário ou até mesmo de uma evolução a um quadro patológico.

É possível afirmar, portanto, que os fragmentos apresentados demonstram a complexidade do luto gestacional em meio a: convergência do nascimento e da morte, a ausência de rituais de despedida que legitimem a existência do bebê e a tendência do entorno de minimizar a dor das mães. Através dos relatos, torna-se possível compreender como cada mulher encontra formas singulares de ressignificar sua perda, em particular através da preservação da memória do bebê, bem como da garantia de seu lugar enquanto filho.

Por fim, pode-se observar que o luto não se restringe à ausência física do bebê, mas provoca inúmeras mudanças no psiquismo materno, protagonizando um vazio que a teoria não seria capaz de descrever sozinha. A voz das mães revela a profundidade dessa ruptura e a inevitabilidade do processo de reconstruir-se, sendo esse cenário ilustrado pela fala de Raquel: “*Não era mais eu. Eu tinha me transformado. Um pedaço enorme faltava.*” (p. 201). A mãe se torna, assim, sobrevivente de um desmoronamento simbólico, que se vê convocada a se reinventar em um mundo onde o amor e a dor coexistem, exigindo coragem para que o filho perdido seja integrado à sua nova história.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente monografia teve como objetivo investigar os efeitos da perda gestacional no psiquismo materno, refletindo sob a hipótese de que o desmentido enquanto invalidação social contribui para que o luto se constitua como um potencial evento traumático. A partir de uma perspectiva psicanalítica, mergulhando nas teorias de autores como Freud, Ferenczi e Winnicott, foi possível compreender que o luto, nesse contexto, não se restringe à ausência física do bebê. Ao contrário, ele é deflagrado pela perda do objeto enquanto virtual, imaginário e fantasmático, configurando um processo desafiador que exige mobilizações e reinvenções do *self* materno a nível identitário. A análise demonstrou que a falha do ambiente em reconhecer a validade do investimento libidinal da mãe no bebê agrava esse processo, expondo-a ao risco de evolução a um quadro melancólico e direcionando o sofrimento à traumatização.

O percurso realizado nos capítulos 1 e 2 permitiu demonstrar que a intensidade do sofrimento reside inicialmente no investimento narcísico na gestação, com a constituição do objeto em sua condição de virtual, fantasmático e imaginário. A interrupção abrupta desse projeto lança a mulher em um luto singular, onde a falha da prova de realidade (FREUD, 1917/2010) é agravada pela negação por parte do ambiente. Essa negação possibilita que a dor se cristalice em trauma, de maneira que o desmentido (FERENCZI, 1932/1992) favorece uma espécie de re-traumatização. O desmentido, ao se configurar como uma violência, dificulta o processo de simbolização e elaboração, e expõe a mãe ao risco de evolução a um quadro patológico (melancolia), em detrimento da experiência de um luto saudável.

Ao longo do desenvolvimento do estudo, ficou evidente, através da análise dos fragmentos clínicos (terceiro capítulo), como o luto silenciado se manifesta. As narrativas das mães ilustraram o impacto da experiência da perda gestacional na história de cada mulher, e a relevância do ambiente e da rede de apoio na vivência do luto. Dessa maneira, foi possível observar que a invalidação e a dificuldade por parte da sociedade em garantir despedidas dignas às mães e a seus bebês, configura um dos exemplos que reforça a noção de desmentido de Ferenczi (1932/1992). Contudo, os relatos também apontaram para as possibilidades de elaboração, onde o suporte familiar atua como contrário à negação social, permitindo que o luto seja legitimado.

O processo de elaboração do luto, portanto, exige um reconhecimento que vai além da validação social, demandando ações concretas e tempo. Conforme aponta a psicóloga Maria Clara Krause em *Histórias de amor na perda gestacional e neonatal* (LUPI et al., 2015), o luto precisa ser dito, vivido, sentido, refletido e elaborado, de modo que seja possível encontrar sentido na forma como os pais desejam viver esse momento. A importância da ação coincide com a relevância das provas de realidade (FREUD, 1917/2010) e reflete o imperativo psíquico de transformar a perda em algo concreto e simbolizável. A isso, refere-se a presença de rituais - sejam eles formais (velório) ou pessoais (escrever uma carta, criar um espaço de memória do bebê etc.). Conferir a possibilidade da realização desses procedimentos aos pais é essencial, visto que eles facilitam o status de concretude ao objeto perdido, auxiliando-os a iniciar o desinvestimento libidinal (FREUD, 1917/2010).

Ainda com relação aos rituais, em seu relato *Gestar e parir a perda: dizer simultaneamente “oi” e “adeus”*, presente na mesma obra, Gláucia Tavares descreve como parte da sensibilidade fina do processo de luto a possibilidade de segurar o filho no colo, ritualizar a sua partida, organizar seus pertences e checar o que pode ser guardado como referência a essa criança (p. 159). Além disso, a autora afirma que algumas pessoas realizam álbuns de fotos como forma de validar a experiência, enquanto outras buscam à natureza, plantando uma árvore, por exemplo, permitindo que o processo de luto encontre um caminho possível de elaboração.

O elaborar, no entanto, demanda um tempo que não pode ser ditado pelo calendário. Krause ressalta que o profissional de saúde deve reconhecer o luto da família e buscar garantir que este tempo de dor não seja abreviado pela pressa. Visto que a perda expõe o conflito entre o universo idealizado da gravidez e a irrupção da morte, espera-se do profissional a capacidade de acolhimento e sensibilidade. É na escuta, ainda, que a mulher encontra a possibilidade de transformar o indescritível em linguagem, rompendo o silêncio que, ao se impor, reforça um cenário de desautorização. O profissional deve, portanto, atuar como um ambiente continente, garantindo o espaço e o tempo necessários para que o vínculo, que não pôde ser plenamente vivido, possa ser ressignificado na memória.

Por fim, este trabalho reafirma a necessidade de que a sociedade e a clínica se configurem como capazes de acolher o sofrimento proveniente do luto gestacional, sem julgamentos. O papel primordial é o de autorizar, reconhecer e validar a maternidade e a dor da

perda. Na clínica, no que lhe diz respeito, ao oferecer o testemunho que a cultura negou, o processo de análise possibilita que a mãe rompa com o “pacto do silêncio” (Aguiar; Zornig, 2016) e inscreva a perda no campo da linguagem. É através dessa busca que a identidade materna pode ser reintegrada, permitindo que o luto, ainda que perene, encontre um lugar no psiquismo. Logo, a dor de ter um filho que partiu tão prematuramente será uma marca eterna, mas que pode ser resignificada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, H. C. **Quando a partida antecede a chegada: Singularidades do óbito fetal**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

AGUIAR, H. C.; ZORNIG, S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 264–281, 2016.

ARAGÃO, R. O. de. Narrativas do início da vida: Como contar nosso primeiro capítulo? **Primórdios**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 73-83, 2012.

FERENCZI, Sándor. Análises de crianças com adultos (1931). In: FERENCZI, Sándor. **Obras completas: psicanálise IV**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 69-83.

FERENCZI, S. Confusão de língua entre os adultos e a criança: a linguagem da ternura e da paixão (1932). In: FERENCZI, Sándor. **Obras completas: psicanálise IV**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 1992. v. 4.

FERRARI, R. S. **Maternidade, assombro e elaboração: reflexões psicanalíticas sobre a vivência da maternidade**. 2022. Tese (Doutorado em Ciências: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Em 2024, no Brasil, ocorreram 22.919 mortes fetais e quase 20 mil óbitos neonatais**. [S.l.]: FEBRASGO, 2025. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/2130-em-2024-no-brasil-ocorreram-22-919-mortes-fetais-e-quase-20-mil-obitos-neonatais>. Acesso em: 16 nov. 2025.

FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Obras Completas, v. 12).

IACONNELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 1–6, 2005.

IACONNELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: Clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 10, p. 614–623, 2007.

LUPI, L. et al. (Org.). **Histórias de amor na perda gestacional e neonatal**. Rio de Janeiro: Cia. de Ensaio, 2015.

MUZA, J. C. et al. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 3, p. 34-48, 2013.

PALLOTTINO, E. O que não pode ser perdido jamais. **Do Luto à Luta – Apoio à Perda Gestacional**, [S.l.], 18 set. 2017. Disponível em:

<https://dolutoalutaapoioaperdagestacional.wordpress.com/2017/09/18/o-que-nao-pode-ser-perdido-jamais/>. Acesso em: 23 nov. 2025.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399–405. (Original publicado em 1956).

ZILBERMAN, A. B. et al. (Org.). **O processo psicológico do luto: teoria e prática**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2022. p. 31-37.

ZORNIG, S. M. A. Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade. **Tempo Psicanalítico**, v. 42, n. 2, p. 453–470, 2010.