



Nascimento e Morte: O Apagamento do Luto durante a Perinatalidade

Ethiene Stephanie Ignacio¹; Ana Paula Medeiros²

Resumo: O luto corresponde a uma temática com a qual a população e os profissionais de saúde têm dificuldade em lidar, sobretudo quando se trata da morte de crianças, por se tratar de uma problemática que envolve ainda mais sofrimento. Este trabalho busca compreender o cenário brasileiro de cuidados materno/infantil em sua interface com o luto. Através dos achados é possível afirmar que o processo de perda materna se equivale a uma ferida narcísica capaz de desorientar a referência temporal, desencadeando quadros de sofrimento psíquico. Ressalta-se a importância do acompanhamento do profissional de psicologia através de grupos de apoio, terapia clínica ou mesmo acompanhamento pelas unidades de saúde da família. Enfatiza-se a necessidade de constantes pesquisas na temática, para que sejam delimitadas estratégias de intervenção com a população enlutada, bem como para melhor preparo dos profissionais.

Palavras-chave: luto; maternidade; acolhimento; aborto; morte perinatal.

Birth and Death: Erasing Grief During Perinatality

Abstract: Mourning corresponds to a theme with which the population and health professionals find it difficult to deal, especially when it comes to the death of children, as it is a problem that involves even more suffering. This work seeks to understand the Brazilian scenario of maternal/infant care in its interface with grief. Through the findings, it is possible to affirm that the process of maternal loss is equivalent to a narcissistic wound capable of bewildering the temporal reference, triggering frames of psychic suffering. The importance of follow-up by the psychology professional through support groups, clinical therapy or even follow-up by family health units is highlighted. It emphasizes the need for constant research on the subject, so that intervention strategies can be delimited with the bereaved population, as well as for better preparation of professionals.

Keywords: mourning; maternity; reception; abortion; perinatal death.

¹ Graduanda em Psicologia pela Fundação Hermínio Ometto. Curso técnico em enfermagem. Atuação como técnica de enfermagem na área materno infantil. ethiene.s.ignacio@gmail.com;

² Mestre e Doutoranda em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Psicóloga Judiciária do Tribunal de Justiça de São Paulo. Docente do ensino superior da Fundação Hermínio Ometto. paulla_medeiros@hotmail.com.

Introdução

Estudar sobre a morte é tão necessário quanto estudar a vida. No entanto, ainda se verifica uma resistência para que este tema seja discutido, uma vez que, para muitos, pensar na morte a atrai, atribuindo ao humano um poder imaginário sobre ela. Para Zan (1984), ao ignorar a morte, o ser humano busca desesperadamente uma tentativa de não sofrer. A vida, por outro lado, será sempre sinônimo de alegria e boa sorte, sendo a gestação um período repleto de idealizações.

No entanto, é importante compreender que o período do nascimento de uma criança envolve outros fatores, denominados aqui como perinatalidade, sendo um conjunto de fases que cerca o nascimento, englobando desde o desejo à gestação, até a gestação, parto, puerpério e primeira infância (MATOS, 2019). Esse período é marcado por intensas mudanças guiadas pela necessidade de se preparar física, social e psicologicamente para o bebê, entendendo-se que muitas fragilidades são expostas quando as mulheres iniciam essas mudanças, inclusive as fragilidades da rede de apoio. Além dos momentos de dificuldade que já são inerentes às mudanças decorrentes de uma gestação, tem-se casos em que a gestação corresponde a um risco maior à saúde da mulher ou do bebê que está sendo gestado, sendo esta gestação denominada de alto risco.

Considerando a importância da gestação e da perinatalidade na vida de uma mulher e a possibilidade de intercorrências em uma gestação, vê-se a necessidade de estudar o processo de luto dessas gestantes. Importante salientar que este luto pode ser real, guiado pela morte do feto, ou mesmo simbólico a partir da obtenção do diagnóstico de uma gestação de alto risco. O luto será aqui compreendido como o rompimento do vínculo, caracterizado pela perda da energia libidinal que antes era investida no objeto, iniciando-se um trabalho psíquico que tem por finalidade impedir que a dor imposta pela perda se enraíze no ser (FREUD, 1996).

Para a realização desta pesquisa, será enfocada a perda no período perinatal, enfocando o processo de luto materno e as dificuldades de acolhimento do sofrimento psíquico instaurado a partir desse momento. Pretende-se levantar questões a serem discutidas quanto à dificuldade de acolhimento neste período, sendo esta dificuldade instaurada pelo déficit da rede de apoio ou pelo não preparo de profissionais para se deparar com essa faceta da vida.

Objetivos e método

Este trabalho objetiva traçar o processo de luto perinatal, compreendendo desde a gestação até as dificuldades vivenciadas e enfocando os aspectos emocionais relativos à perda. Pretende-se também investigar como se dá o amparo às famílias pelos profissionais de saúde, mapeando as formas e fragilidades de acolhimento ao processo de luto e as vivências desses indivíduos.

Dessa maneira, o trabalho se formula no mapeamento das dificuldades, para que futuramente se possa delimitar as intervenções possíveis. A fim de atingir os objetivos, utiliza-se da pesquisa qualitativa, especificamente da revisão integrativa de literatura, buscando elencar similaridades entre os diversos trabalhos aqui abordados, sem necessariamente restringir as áreas de conhecimentos em saúde mental, da mulher e saúde do neonato.

A revisão integrativa de literatura partiu da busca por artigos nas plataformas de dados SciELO e Pepsic. Inicialmente, partiu-se do uso de palavras-chave presentes nos Descritores em Ciências da Saúde: “luto”, “maternidade”, “acolhimento”, “aborto” e “morte perinatal”. Para complementar a pesquisa também foram utilizadas as palavras “luto perinatal”, “perda neonatal”, “acolhimento psicológico” e “profissionais de saúde frente ao luto”, que, embora não sejam descritores, são frequentemente citadas nos artigos. Os artigos foram selecionados de acordo com sua pertinência, sobretudo materiais nacionais e sem considerar a data de publicação como um critério de exclusão ou inclusão, embora tenha se optado por utilizar materiais de publicação recente, sem excluir as publicações antigas consideradas mais importantes.

Esta pesquisa procura realizar uma interlocução entre os materiais disponíveis, a psicanálise e materiais de referência na temática. Com isso, este estudo utiliza-se também da teoria psicanalítica de Sigmund Freud [1856-1939] e das definições dos processos de luto criadas pela autora Elisabeth Kübler-Ross [1926-2004], além de materiais nacionais, como cartilhas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

Resultados

Gestação e processo abortivo

A gestação é um processo natural e que pode ser assistido por profissionais especialistas em reprodução humana. O período fértil da mulher é estimado na faixa etária entre 10 e 49 anos, com exceção de casos de desnutrição ou patologias. O período gestacional engloba diversas questões da vida da gestante, como sua posição e visibilidade social, questões de saúde física e mental, relação com o parceiro e a família, planejamento e desejo pela gravidez, entre outros fatores. Segundo Brasil (2013, p. 56): “A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional”.

É importante reconhecer na grávida uma pessoa em processo contínuo de desenvolvimento, alguém com vontades, questões e que exerce funções em sua comunidade, sendo a gestante amparada por leis e cartilhas de cuidados específicos para cada período da maternidade: gestação, parto e puerpério. Ao longo da gestação, a mulher pode enfrentar dificuldades relativas a esses processos, sendo que um olhar atento a estas demandas faz-se necessário, além de ser preciso reconhecer a importância da rede de apoio para a gestante e para o bebê.

Deste modo, o processo de gravidez, por si só, já representa instabilidade e insegurança à mulher, uma vez que ela se depara com incertezas com relação ao seu futuro, à nova rotina e dinâmica familiar, bem como à segurança e desenvolvimento do bebê. Esta instabilidade e insegurança se faz ainda mais presente quando a mulher lida com uma gestação de alto risco, ou seja, quando se depara com dificuldades que aumentam as chances de intercorrências ao longo da gravidez ou parto. Essas intercorrências podem ser ocasionadas pela saúde materna ou do feto.

No caso de intercorrências decorrentes da saúde materna, têm-se as ocasionadas pelo uso de substâncias, patologias como diabetes e incompetência uterina, vulnerabilidade social, entre outras (BRASIL, 2010). Estas mulheres tendem a apresentar sentimentos de angústia e culpa, podendo sentir arrependimento pela gestação devido às comorbidades pré-existentes, conforme o relato: “ ‘As vez’ eu tento ver lá na frente como vai se, agora tá difícil, depois melhora. Mas ‘as vez’ bate o arrependimento” [sic] (ANTONIAZZI et al., 2019, p. 197). Essa fala exemplifica os conflitos gerados entre o imaginário de uma gestação e as problemáticas

que se desenvolvem ou se agravam no processo. Seguindo na entrevista desta mulher, ela ainda refere que consegue controlar sua glicemia quando está internada, mas devido à alimentação que tem disponível acaba por retornar ao serviço de saúde com descompensação de sua glicemia, ou seja, além da culpa da comorbidade em si, ela pode passar por um processo de culpa pela sua própria condição.

Porém, a gestação também pode ser de alto risco por características do feto. No Brasil, a maior parte de questões relacionadas à saúde do bebê pode ser evitada a partir do acesso à saúde de qualidade. De acordo com os autores Pedrosa et al. (2005), estão entre as principais características: baixo peso, comprometimento respiratório e infecções geralmente associadas à prematuridade. Para eles, esses fatores evidenciam falhas no decorrer do pré-natal, em geral causados pelo déficit dos recursos de saúde. Ressaltam sobre a necessidade de que ocorra uma nova classificação de risco em cada consulta de pré-natal, sendo que para a melhoria do processo é de grande importância que o acompanhamento seja multidisciplinar de acordo com as necessidades individuais da gestação, vale ressaltar que devido ao tamanho no Brasil há diferenças entre os recursos disponíveis em cada estado, o que deve ser considerado na definição de políticas de apoio.

Segundo o DataSUS (BRASIL, 2021), site que disponibiliza dados referentes aos acessos à saúde, em 2020, dentre 552.310 gestantes, 4.826 não realizaram consultas de pré-natal, enquanto que 445.284 realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal, sendo este o número mínimo de atendimentos preconizado pelo Ministério da Saúde. No entanto, ainda é comum que estas gestantes sejam culpabilizadas pela ausência nos exames de pré-natal, sendo que outros fatores deixam de ser considerados, como o acesso ao acompanhamento, a precariedade da mobilidade urbana, a ocorrência de internações, o quanto as mulheres podem ser impedidas (mesmo que de forma velada) de se ausentar do trabalho para realizar as consultas médicas, a ausência de suporte social, por exemplo, com a gestante não tendo rede de apoio que permaneça com seus outros filhos para que ela vá até o hospital ou posto de saúde.

O acompanhamento pré-natal tem diversos objetivos e, dentre eles, está a verificação das mudanças físicas e emocionais da mulher. Neste ponto, é necessário entender que as mudanças psicológicas são um aspecto importante da gestação e estão atreladas às facilidades ou dificuldades que a gestante enfrenta ao longo da gravidez. Durante o processo de gestação é comum que ocorra a idealização da maternidade, o desejo por uma barriga grande que todos possam reparar e reafirmar que uma criança saudável está por vir, um parto conforme o planejado sem muitas dores, um bebê forte e saudável, a amamentação sem dificuldade.

Entretanto, a forma como a gestação irá se desenrolar depende de diversos fatores e nem sempre ocorre conforme o desejado pela mulher, o que gera impactos emocionais negativos, como frustração, insegurança, medo e luto. Em pesquisa realizada por Antoniazzi et al. (2019), os autores apresentam relatos em que puérperas, ao terem sido submetidas a partos prematuros com internação dos recém-nascidos, referem principalmente insegurança aos cuidados e constante vontade de fuga. Uma das entrevistadas traz em sua fala sentimento de impotência: “Eu morria de medo do parto normal, mas a partir daí tu não tem controle nenhum, tu não tem o que fazer” (ANTONIAZZI et al., 2019, p. 198). Os autores caracterizam o momento do parto como o foco da ansiedade e angústia para essas gestantes. Embora este momento corresponda ao término de muitas dúvidas e medos relativos ao parto, inicia-se um novo processo de insegurança em relação aos cuidados e saúde do bebê, associados com desgaste da figura materna e outros anseios.

Nos casos de bebês prematuros, estes anseios se intensificam. Para além da insegurança em relação aos cuidados e à preocupação de que esses bebês irão ou não sobreviver, essas mulheres passam por um período semelhante ao luto, mas em relação aos bebês idealizados, já que o bebê idealizado e que foi alvo de afeto era um bebê forte, grande e bonito, enquanto que o bebê real é pequeno, frágil e com diversas demandas. Além disso, os bebês prematuros tendem a permanecer pouco tempo com a mãe, sendo logo encaminhados para incubadoras, onde ficam descaracterizados, apenas de fraldas e munidos de tubos, sondas e fios.

O parto prematuro gera dificuldades de vinculação entre mãe e bebê justamente por não haver semelhanças capazes de gerar reconhecimento entre o bebê ideal e o real, de forma que a mãe não reconhece aquele bebê como seu, gerando culpa e sofrimento. O parto prematuro é capaz de resultar em uma ferida narcísica, pois não há triunfo em se ter um bebê fraco e pálido, o que gera um sentimento de incapacidade em exercer seu papel como mãe e como mulher. O longo tempo de afastamento que a internação do bebê pode gerar, os cuidados serem exercidos por profissionais da saúde e o medo que a mãe tem de perder o seu filho são fatores que dificultam este processo de vinculação, havendo inclusive uma defesa da mãe de não se vincular por medo de perder o bebê posteriormente (FLECK; PICCININI, 2013).

A mencionada pesquisa acompanhou quatro mães, que trazem relatos de como minimizaram os sintomas que antecederam o parto prematuro de seus bebês, referiram irritação, angústia e solidão, mas sobretudo referiram estarem estressadas com questões financeiras, profissionais e problemas conjugais e não conseguiram seguir as orientações médicas. Muitas relataram ter uma espécie de segurança quanto aos preparativos, pois esperavam ter o último

trimestre de gestação. Ana, uma das entrevistadas, afirma: “Eu tô ganhando minha nenê agora. Não era pra ser agora!” [sic] (FLECK; PICCININI, 2013, p. 23). Essa experiência resulta em uma descontinuidade temporal causando uma nova espécie de trauma, pois a agora puérpera se encontra desorientada, confusa, despreparada e ainda temendo pela vida de seu bebê.

Deste modo, ressalta-se a importância de um olhar para as mães em sofrimento psíquico decorrente da prematuridade de seu bebê. O fortalecimento das mães e da rede de apoio, o oferecimento de espaços em que possam compartilhar suas angústias e medos e a criação de estratégias para a facilitação do processo de vinculação da mãe com o bebê são alternativas importantes e que a psicologia deve considerar. Em um ponto mais extremo, tem-se o luto na maternidade pela morte de um filho após o nascimento ou pelo abortamento, processos esses que são, muitas vezes, minimizados pela rede da mulher e também pelas equipes de saúde. A seguir, será discorrido sobre os aspectos biológicos da perda perinatal e sobre o luto na maternidade.

Aspectos biológicos da perda perinatal

O luto gerado pela morte de um filho é sentido e compreendido de diversas formas a depender do processo gestacional, não sendo possível afirmar com qual grau de sofrimento este luto será vivenciado. No entanto, é preciso que se forneçam diferentes estratégias para o amparo aos pais, sendo que a psicologia deverá compreender o tipo de luto gerado pela perda, enquanto que as ciências médicas deverão analisar fatores como a saúde reprodutiva dos progenitores e o estado clínico que a criança apresentou. Para que este trabalho seja realizado de maneira interdisciplinar, é preciso que a psicologia conheça o vocabulário médico a respeito da perda perinatal, compreenda o que levou à perda daquele bebê e como esta perda pode impactar na saúde reprodutiva dos pais - por exemplo: a gestação anterior impacta a forma como os pais poderão ter outros filhos biológicos?

Outro fator a ser considerado é se a perda foi considerada um aborto ou se houve óbito fetal. Neste ponto, o aborto ocorre quando o feto apresenta menos de 500 gramas ou idade gestacional inferior a 22 semanas. De acordo com o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2010), o óbito fetal é considerado quando o feto supera essas características, ou seja, quando o peso é superior a 500 gramas e a idade é superior a 22 semanas. De acordo com Menezzi et al. (2016), ainda há o óbito neonatal, que ocorre dentro dos primeiros vinte e oito dias de vida, com causas de óbito que podem variar, mas estão quase sempre vinculadas ao

padrão de qualidade da saúde oferecida, podendo-se citar o anteparto, malformações, prematuridade, asfixia e infecções.

Apesar das classificações, há na literatura médica estrangeira casos de nascimento com peso inferior a 500 gramas em que foi possível a evolução e manutenção da vida, até a alta médica, ou seja, na atualidade, nascer com menos de 500 gramas não representa necessariamente que haverá um aborto. Este fato representa uma importante evolução que ocorre a partir da disponibilidade de recursos e de tecnologias, que se desenvolveram ao longo do tempo (PEDROSA et al., 2005). Apesar destes avanços serem de suma importância para a manutenção da vida, sabe-se que os recursos não estão disponíveis em todas as localidades do mundo e nem a toda a população.

Além do nascimento prematuro, tem-se outras causas para a perda de um filho, como as anomalias congênitas, que inclusive podem levar à prematuridade. No Brasil, de todos os nascidos vivos em 2020, 23.596 apresentavam algum tipo de anomalia de caráter congênito e 205.630 apresentam algum tipo de prematuridade (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS, 2020). Mesmo que brevemente, este tópico demonstra como o desenvolvimento ao longo da gestação pode ser impactado por diversos fatores e levar à perda de um filho. A maneira como este processo impacta o desenvolvimento parental e, em especial, da mãe, será abordada a seguir.

O Luto na maternidade e seus aspectos psíquicos

A morte de uma criança traz implicações às feridas narcísicas, pois impede que a capacidade de ser mãe seja vivida. Diante da morte, a mãe sente-se incapaz de gerar um filho saudável e se vê impossibilitada de exercer a maternidade, sentimentos que, aliados à culpa, levam a uma dificuldade importante de superação desta ferida narcísica (SOIFER, 1992).

Os sentimentos da mãe são intensificados pelo processo de luto vivido pelos demais familiares. Assim, entrelaçam-se sentimentos de culpa, raiva, impotência e injustiça. Neste contexto, é comum que muitas mães tenham o desejo de rever o filho perdido, buscando memorizar seus traços, além de apresentar pensamentos como “Se ele estivesse aqui, estaria engatinhando” ou “Talvez ele tivesse gostado desse brinquedo”. As mães também podem encontrar grande dificuldade em reorganizar a casa e desapegar dos pertences, havendo um sentimento de traição ao seguir e reorganizar a vida após a perda. É comum que as mães também se recusem a participar de socializações, o que ocorre devido ao humor mais deprimido e

também pela ideia de que o bebê não irá participar, sendo assim, não há motivos para comemoração. Oishi (2014) descreve que o apego ao ente perdido é sentido como um laço de fidelidade, sendo assim, a superação pode ser associada à traição ou desvalorização deste filho.

O luto da mãe por um aborto espontâneo ou pela morte de um bebê no nascimento pode não ser reconhecido e chega a ser questionado ou minimizado, sendo que esta mãe pode ouvir que não precisa sofrer porque terá outros filhos no futuro ou que “foi melhor assim”. No entanto, é preciso reconhecer que a construção do vínculo mãe-criança se inicia já durante a gestação e está envolta por idealizações (MUZA et al., 2013). Deste modo, quando há a brusca separação entre mãe e filho, como quando o filho precisa de cuidados intensivos, por exemplo, iniciam-se os sentimentos de impotência e ansiedade, estando estreitamente relacionados com a saúde emocional materna, a idade gestacional e o quadro clínico da criança, logo, quanto mais grave a criança se apresenta maior o risco de desenvolvimento de depressão e ansiedade materna e esses sentimentos são ainda mais intensificados se houver a oficialização do óbito (PINTO et al., 2009).

O processo de luto é ainda intensificado, nestes casos, pois se depara com a morte de uma criança que nunca existiu individualmente, o que aumenta o sentimento de culpa materna, já que a mãe sente que foi insuficiente para manter a vida do filho, o que está relacionado à ferida narcísica discutida anteriormente. No mais, a morte do bebê na gestação ou após o nascimento representa o findar de uma vida que não tem memórias únicas, sendo que esta ausência acarreta em uma ideia de não existência, desautorizando a mãe a sofrer por sua perda, reduzindo o ritual do luto a frases que esperam o sentimento de aceitação rápida e substituição desta criança (IACONELLI, 2007).

Outra dificuldade a ser mencionada é a visão da própria gestante/puérpera, pois a mesma vê na vida de seu bebê o cumprimento de seu propósito como mulher, sendo essa perda uma incapacidade sua em gerar e cuidar de uma vida. Geralmente as pessoas próximas acabam por consolar com a seguinte frase: “Logo você engravida de novo”, não compreendendo que para ela nenhuma gestação superará aquela e mesmo que outro filho venha a nascer, nunca será esse filho perdido. Além disso, as mulheres temem que não serão capazes de amar o novo filho ou sempre verá nessa nova criança um lembrete de sua perda.

Mediante essa perda agora ela não é mais uma mãe apenas, mas uma mãe sem criança, ou ainda, como nomeado por Green (1988) uma “mãe morta”, submersa pelas sensações de fracasso e incapacidade em vivenciar sua feminilidade como definida pelo seu papel social. Assim, a mãe se liga ao seu bebê perdido, apegando aos seus pertences, muitas vezes

postergando em meses ou anos a utilização dos espaços que seriam destinados à criança. Para Iaconelli (2007) esse tipo de perda é capaz de desnortear a referência temporal, pois para a ordem “natural” são os filhos que devem enterrar seus pais, levando o processo de superação ser mais dificultado pelo conflito entre tempo cronológico e o tempo do psiquismo.

Para exemplificar, durante as sessões da psicanalista Ireland (2011) com uma mãe, denominada como Antônia, que passou por processo de aborto espontâneo, a mesma chama o seu processo de “gravidez ao contrário”:

Pergunto eu aos meus botões: “*Uma gravidez ao contrário? Um exame que comprova o aborto, quando a praxe é comprovar a gravidez?*”. Antônia se culpava muito por ter dado descarga sem antes chamar a enfermeira. Essa gravidez tinha um estatuto de realidade a ponto de Antônia, às vezes, me dizer que tinha tido *quatro filhos*. (IRELAND, 2011, p. 152).

Diante deste relato, constata-se que o processo de perda se percebe como algo além desta perda física, mas tem caráter social. Dessa forma, a agora não mais gestante precisa, inúmeras vezes, afirmar e ser reafirmada da sua perda, sendo esse um processo de luto doloroso e constante, como se a cada nova afirmação houvesse novamente a perda do seu bebê.

Entende-se por luto o processo natural de trabalho na perda, nada tem de patológico em estar enlutado, muito embora alguns psiquiatras trabalhem na patologização após um determinado período, ainda que não haja perdas das funções psíquicas e sociais da pessoa. Apesar disso, aqui considera-se o luto como um processo natural e não patologizante, ou seja, entende-se que o indivíduo está passando por uma adaptação, em que antes investia energia psíquica em um objeto e, agora que o perdeu, precisa criar estratégias para direcionar esta energia, ou afeto, a outros objetos, havendo coerência com as ideias de Freud (1996, p. 172), que entendia que “o luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido”. Assim, o processo de elaboração do luto pela perda de um filho envolve aprender a direcionar a energia, antes depositada ao bebê, a outros objetos. No entanto, depara-se com uma dificuldade importante: lidar com os sentimentos relativos à necessidade deste novo direcionamento, que levam à culpa e medo de se esquecer do filho.

No mais, segundo Iaconelli (2007), a puérpera passa por um processo de duplo abandono, uma vez que sente que o bebê, por ter morrido, a abandonou, além de perceber que o afastamento daqueles que a cerca também a abandonaram, uma vez que não compreendem o seu processo de luto.

Kübler-Ross (1998) aborda que para a aceitação do morrer são necessárias cinco etapas. Ao elaborar a teoria, a autora descreve os processos de aceitação da própria morte. Entretanto, na atualidade, considera-se que estas etapas também podem ser analisadas a partir da ótica do processo de luto, ou seja, estas fases são passíveis de explicar como o luto é vivenciado pelos indivíduos.

A primeira delas é a “negação” envolta em isolamento, geralmente associada a uma certeza infundável de diagnóstico errado e injustiça por parte do destino. Em seguida tem-se a “raiva”, momento em que o sentimento de injustiça se transforma em um ácido senso crítico e ataques de fúria recorrentes, podendo causar o afastamento da rede de apoio. Posteriormente inicia-se a “barganha”, momento em que ocorrem os acordos com a religião, universo e destino, qualquer coisa que desfaça ou adie a perda será bem-vinda e levada até a última instância. Quando se percebe que a barganha não foi possível chega-se à “depressão”, causada não apenas pela perda da barganha, mas pela perda real e de sua própria imagem, agravando o isolamento. Dessa forma, e só após todo esse percurso, inicia-se a “aceitação”, que não deve ser compreendida como desinteresse na perda, mas sim em um processo de introspecção e reavaliação de necessidades. Destaca-se que essas fases são bem marcadas, mas seu tempo de duração depende da resiliência do sujeito e de como ele pensa sobre a morte, ainda que, segundo a autora, “O homem tem que se defender de vários modos contra o medo crescente da morte e contra a crescente incapacidade de prevê-la” (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 18).

A elaboração do luto é importante para que haja a superação e a organização da nova realidade sem esse objeto, sendo evidente que cada pessoa passa por este processo de uma maneira. No entanto, o luto perinatal apresenta uma chance maior de ser descrito como um luto complicado, ou seja, um luto que terá um tempo maior para sua elaboração e que poderá estar associado à presença de comprometimentos emocionais e sociais em longo prazo.

Youngblut et al. (2013) buscaram exemplificar as complicações proveniente do luto perinatal acompanhando famílias por 13 meses. Os autores mostram um crescimento linear de diagnóstico de quadros depressivos, Transtorno do Estresse Pós-traumático, uso de substâncias psicoativas e agravamento de quadro crônicos já existentes. Foi possível concluir ainda que embora haja números expressivos destes quadros na população feminina também há importante crescimento na população masculina: “Um mês após a morte de seus filhos, 19% dos pais apresentaram consumo de mais de 4 drinks por semana em comparação a 2% das mães participantes” (YOUNGBLUT et al., 2013, p. 1299).

Além desses fatores, entende-se que o luto puerperal tem seus agravos mediante ao papel social esperado pela mulher, pois a figura feminina ainda é responsabilizada pelo processo de gerar uma nova vida, o que a leva a sentimentos como frustração e culpa por não conseguir dar à luz um filho saudável. Entende-se, então, que para além da perda do filho, o processo de luto desta mulher também representa um luto simbólico pela identidade como mulher. Para Lemos e Cunha (2015), a perda do filho fica atrelada ao imaginário dessa puérpera, influenciando inclusive novas gestações, conforme foi dito por uma entrevistada da pesquisa: “Deus me livre, eu chegar a engravidar de novo e perder, eu não sei se quero a terceira gravidez” (p. 1128). Ou seja, o óbito de seu filho ecoará na história de vida dessa mulher, tanto quanto no seu histórico médico.

A pesquisa de Braz (2019) analisa que o luto perinatal influencia a dinâmica familiar como um todo e não apenas dos pais. Como exemplo, cita-se que os pais que perderam filhos por aborto ou morte neonatal tendem a apresentar maior preocupação em relação às gestações seguintes e ao estado de saúde do filho, além de desenvolverem quadros de ansiedade, depressão e uma maior expectativa e cobrança em relação ao filho. Apesar destes fatores, Braz (2019) apontou que aqueles pais que recebem acompanhamento psicológico após a perda conseguem minimizar os efeitos negativos da perda e possibilitar um desenvolvimento emocional sem prejuízos aos filhos.

Flor (2021) buscou investigar o luto perinatal a partir da perspectiva dos pais enlutados. Para a autora, o processo de luto é passível de resignificação, ou seja, deve-se compreender que a perda de um filho por aborto ou após o nascimento não significa, necessariamente, o desenvolvimento de impactos negativos permanentes no desenvolvimento dos pais. No entanto, alguns fatores interferem na forma como o processo de luto será conduzido.

Um destes fatores refere-se ao reconhecimento social do luto, uma vez que este nem sempre ocorre, de modo que a perda de um filho durante a gestação ou após o nascimento é minimizada pela sociedade, como se não tivesse espaço para expressões de sofrimento – já que seriam menos complexas do que a perda de um filho maior. Outro fator refere-se à dificuldade da rede de apoio em oferecer o suporte necessário neste momento, havendo um afastamento e maior isolamento dos pais, que não contam com auxílio para compartilhar a sua dor. Como estratégias que podem ser utilizadas para minimizar o sofrimento, tem-se o suporte psicológico, o que indica uma coerência com a pesquisa de Braz (2019), bem como a oferta de espaço de compartilhamento de experiência com outros pais enlutados (FLOR, 2021).

Quanto a este espaço para compartilhar experiências, Gomes (2022) realizou pesquisa em que entrevistou mães em luto perinatal que utilizam da rede social Instagram para compartilhar sobre o luto, sendo que elas se denominam como mães de “anjos”. Como resultados da pesquisa obteve-se que a internet pode ser um espaço que proporciona o compartilhamento de experiências entre estas mães. Como ponto negativo, tem-se que estas mães verificam que não há um reconhecimento social deste luto, deparando-se com pessoas que não legitimam o sofrimento delas.

Tendo em vista a complexidade deste processo de luto e as repercussões físicas e emocionais para a mulher, a qualidade do acesso à saúde fará total diferença para que essa perda seja superada, sendo que o preparo dos profissionais envolvidos será primordial para o sucesso das intervenções propostas. A maneira como a comunicação do estado de saúde do bebê, do aborto ou óbito é feita, os esclarecimentos sobre as terapias necessárias, sobre intervenções como a curetagem, e, por fim, a forma como esta mãe será conduzida para estar com o filho morto e para passar pelos rituais de despedida serão preponderantes para que o processo de luto aconteça de forma menos dolorosa possível.

Destaca-se que o profissional de saúde deverá ter consciência que a sua postura pode agravar o processo de luto da mulher. Por outro lado, através das intervenções psicológicas de qualidade e nos momentos cruciais, a elaboração da perda poderá ser possível e minimizar impactos negativos diante de um quadro de má elaboração do luto (BROWN, 2001). Assim, o próximo tópico aborda os aspectos relacionados à dificuldade de acolhimento por parte dos profissionais.

Dificuldade de acolhimento

Grande parte da dificuldade dos profissionais de saúde em se conectar a esse perfil da puérpera se dá pela própria incapacidade de trabalhar a ideia da morte. Kübler-Ross (1998, p. 33) traz em sua obra a seguinte afirmação: “Creio que deveríamos criar o hábito de pensar na morte e no morrer, de vez em quando, antes que tenhamos de nos defrontar com eles na vida”. A autora destaca sobre a necessidade de se compreender a própria morte para então refletir sobre a morte nos outros: “Se todos pudéssemos começar admitindo a possibilidade de nossa própria morte, poderíamos concretizar muitas coisas” (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 28).

Ainda que grande parte dos profissionais sejam munidos de empatia, está presente por meio das constituições sociais certo poder da ciência médica, voltando-se todos os esforços para

preservar a vida. Deste modo, não se prepara os profissionais para a atuação no momento em que estes devem lidar com a morte, amparar os momentos finais do paciente e oferecer o suporte para a qualidade de vida, mesmo que a morte seja iminente. Por conta desse dever de sempre preservar a vida, falar em oferecer cuidado paliativo ao paciente parece ser uma ofensa, predominando a ideia de que a equipe estaria desistindo do paciente, sobretudo quando este é um recém-nascido.

Costa e Lima (2005), ao realizarem um trabalho com a equipe de enfermagem de um Centro de Terapia Intensiva, obtiveram relatos que exemplificam como os profissionais se sentem frente à morte, ainda que estejam acostumados com ela: “É um sentimento muito ruim, é uma derrota, é uma coisa muito triste mesmo, não tem uma palavra para isso” (p. 154). Na mesma pesquisa, outro profissional relata a impotência ao se trabalhar em situações em que há parada cardiorrespiratória, sem justificativa clínica para que se inicie o protocolo de ressuscitação. O profissional relata que sente que não faz nada, mesmo que esteja realizando algo importante para o próprio processo assistido de óbito: “Sabe aquela coisa de você anotar: [...] é só isso que você tem que fazer; é uma coisa. Agora o momento que você tá lá, fazendo as drogas, agindo é diferente, entendeu” (p. 154).

Diante das dificuldades observadas por estes profissionais, Duarte (2019) desenvolveu uma cartilha de orientações aos profissionais de saúde, denominada: “Lidando com o luto na maternidade – Orientações aos profissionais de enfermagem”. Neste material, pode-se encontrar definições sobre a maternidade e o luto, orientações aos profissionais sobre como lidar com a morte, o luto e a perda na maternidade, bem como sobre como proporcionar o contato com o bebê que faleceu. Além disso, o material apresenta orientações legais e burocráticas e falas que devem ser evitadas por parte dos profissionais neste momento.

Em geral, é possível indicar que este material é elaborado com frases curtas e ilustrações, evitando linguagens que sejam de difícil compreensão. No mais, a cartilha ressalta o quanto não há um modelo pronto a ser seguido a lidar com a temática, sendo que o profissional deve considerar as características da família, bem como suas próprias limitações, para perpassar por este momento. Importante destacar também que as orientações tendem a demonstrar a necessidade de sensibilidade para este momento, sem decisões prontas pelo profissional. Como exemplo, cita-se que o material aponta para a necessidade de o profissional de saúde incentivar que a mãe tenha um momento para se despedir de seu filho, mas sem impor essa prática e sem apressar os familiares para que finalizem rapidamente os procedimentos de despedida (DUARTE, 2019).

Por fim, uma relevante temática apresentada na cartilha trata-se das frases que devem ser evitadas por profissionais. Aqui, utilizam-se como exemplos as frases “Deus sabe o que faz, logo você engravida de novo” e “Você não pode chorar, precisa deixar ele descansar em paz” (DUARTE, 2019, p. 107). Ao analisar estas frases, verifica-se a busca por parte da autora em destacar o espaço que é preciso ser dado aos pais para a despedida, sem que se tente encontrar mecanismos para minimizar o sofrimento – impedindo o choro ou apontando que outro filho irá ocupar esse lugar. Então, é preciso que os profissionais de saúde reconheçam que o processo de luto é um momento que envolve sofrimento e que os pais e familiares deverão ter espaço para esse sofrimento, cabendo ao profissional oferecer o acolhimento possível para este contexto.

Este processo de minimizar o sofrimento diante da morte corresponde a uma própria tentativa dos profissionais em não entrar em contato com este sofrimento, ou seja, é um reflexo da dificuldade da equipe de saúde em trabalhar e entender a morte. Faria e Figueiredo (2017) dizem que o fracasso frente à morte remete à incapacidade que cada profissional acredita possuir à própria finitude, ou seja, quando um profissional da saúde lida com a morte de um paciente e com a impossibilidade de impedir que esta morte ocorra, ele também está lidando com o próprio entendimento sobre a sua morte e o quanto a sua vida também é finita. Sendo assim, a subjetividade e resiliência de um profissional terão grande impacto na forma como ele irá se relacionar aos cuidados paliativos e frente a perda do aborto.

A morte segue entrelaçada à cultura, podendo se perceber como as mudanças na civilização impactaram a forma de se viver a morte. A morte e o luto no século XX passam a ser vivenciados em curtos períodos e de maneira impessoal, sendo que o velório do corpo passa a ser realizado em local específico e com tempo limitado. Faria e Figueiredo (2017) resumem que “a boa morte é aquela que não perturba a sociedade” (p. 48), destacando-se, por exemplo, o quanto se espera que um familiar volte a trabalhar logo após a finalização da despedida, sem que conte com um período estendido de luto em que possa manifestar a sua tristeza sem a cobrança de produtividade.

Além disso, há também a sobrecarga dos psicólogos hospitalares, pois comumente se trata de um único profissional ou uma equipe restrita para toda a demanda hospitalar, e mesmo para a realização de uma ação conjunta ao pré-natal, sendo acionados apenas quando a puérpera se encontra em crise ou para acompanhar a notícia do óbito. No trabalho de Muza et al. (2013) depara-se com as seguintes falas de mães: “[...] se não fosse vocês [refere-se à psicologia], pegar [o bebê] nos braços e tudo aquilo seria muito pior” e “a gente fica louca, nem sabe o que

diz, eu queria sair correndo, nem pensava em segurar [...] e Deus manda vocês” (p. 45). Ambas as entrevistadas enfatizam a importância do psicólogo no manejo desse momento, pois o trabalho dos profissionais ao acompanhar essas famílias cumpre uma lacuna que o sistema de saúde não consegue preencher. Faz-se necessário lembrar que todo o processo do pré-natal ao luto é vivenciado de forma diferente também pelo acesso a serviços de saúde de qualidade, havendo pouco ou nenhum acompanhamento posterior à morte, seja por parte da equipe de psicólogo hospitalar, seja por encaminhamento clínico para que o processo de luto seja acompanhado.

Ressalta-se a importância da criação de grupos de apoio em maternidades ou Postos de Saúde da Família, sendo possível até mesmo a elaboração de etapas para a despedida do bebê, utilizando pertences da criança para que se crie um objeto de alto valor sentimental, além de permitir que os pais, se quiserem, segurem seu filho no momento de sua partida ou após a declaração do óbito. Vale ressaltar a importância do pré-natal psicológico, ainda mais em casos de gestações nomeadas como alto risco, preparando e acompanhando todas as etapas da maternidade (LARI et al., 2018). Sendo assim, verifica-se que são diversas as dificuldades e necessidades ao lidar com a temática e para que se possa auxiliar as famílias enlutadas, podendo indicar a presença da rede de apoio, o suporte adequado e o acesso à saúde de qualidade como as principais formas de amparo e acolhimento para este momento.

O trabalho de Aciole e Bergamo (2019) expõe estratégias que podem ser utilizadas junto ao luto nestes momentos, indicando como possibilidades a distribuição de folders que discorrem sobre as fases do luto e de cartas de condolências com informações pertinentes e convite para a participação do grupo de apoio.

Deste modo, finaliza-se com a importância e necessidade de que sejam delimitadas estratégias a partir do conhecimento das peculiaridades das redes, das famílias e das culturas. Deve-se destacar que um ponto comum entre os estudos analisados, refere-se à necessidade da elaboração da morte, que acontece a partir do momento em que ela for dita, trabalhava e vivida, sendo que a negação não corresponde a uma boa estratégia para que o sofrimento seja diminuído. Além disso, a preparação e participação nos rituais de despedida, preferencialmente com a rede de apoio presente, dão um espaço não apenas para as despedidas, mas também para o reconhecimento do enlutado como uma pessoa que está passando por este processo e, por isso, necessita de suporte neste momento. A presença dos profissionais de saúde e da psicologia desde as primeiras dificuldades até a comunicação da perda e preparação para as despedidas,

desde que realizadas de maneira acolhedora e técnica, possibilitam que os enlutados se sintam compreendidos e fortalecidos para lidar com as dificuldades (MUZA et al., 2013).

Considerações finais

Ao longo deste trabalho, buscou-se analisar os artigos que enfocam a temática da perda de filhos ao longo da gestação ou após o nascimento, caracterizando como objeto de estudo a morte na perinatalidade. Para tanto, explorou-se a gestação e o aborto, os aspectos biológicos da perda perinatal, os aspectos psicológicos do luto na maternidade e a dificuldade de acolhimento por parte da sociedade e das equipes de saúde. Ao longo da escrita desta pesquisa, verificou-se que a maior parte dos trabalhos ainda enfocam o luto decorrente de crianças maiores, havendo um detrimento dos processos de luto em decorrência de abortos e morte após o nascimento, o que reforça o não reconhecimento social destes lutos.

Sendo assim, verificou-se o quanto se faz necessário um maior investimento nos estudos na área, além da delimitação de estratégias de intervenção por parte dos profissionais envolvidos, que podem apresentar uma postura de silenciamento por não contarem com a formação necessária para abordar esta questão. Salientando que, embora a morte seja um grande tabu social, é de extrema necessidade que seja abordada com naturalidade tanto quanto o processo de nascimento, sendo essa uma forma de acolher tanto o processo de morrer quanto a dor dos que ficam.

Este estudo tem o alcance de possibilitar o início desta discussão, enfatizando a importância do preparo das equipes para lidar e intervir neste momento das famílias, diminuindo assim as consequências negativas no desenvolvimento emocional dos envolvidos. Apesar disso, destaca-se a compreensão de que o processo de luto irá envolver sofrimento, sendo que as equipes não devem ter o intuito de acabar com os sentimentos negativos, mas de auxiliar os indivíduos a lidar com esta problemática. Além disso, também é importante que se entenda que o trabalho com o luto perinatal não deve ser restrito à mãe enlutada. Os pais, irmãos e a família extensa são impactados pela morte, sendo que a conscientização da sociedade sobre o quanto é preciso que este luto seja reconhecido também corresponde a uma demanda a ser trabalhada pelos profissionais de saúde e pela psicologia. Para além do acompanhamento no momento do falecimento e das despedidas, a tenção posterior se faz necessária, para que se compreenda que a perda envolve um processo de luto, que gera um sofrimento que não finda com os rituais fúnebres. No mais, a psicoterapia não corresponde à única estratégia a ser

ofertada, podendo ser organizados outros serviços que possibilitem o olhar para a família. Como exemplos identificados, pode-se citar o fortalecimento da rede de apoio e a criação de espaços de compartilhamento de experiências entre pais e familiares enlutados, que possibilitam reconhecimento, empatia e identificação entre os envolvidos.

Este artigo utilizou como método a revisão de literatura integrativa, escolhendo trabalhos publicados sobretudo nacionalmente, além de textos clássicos. Desta forma, o estudo tem como limite o fato de não se utilizar das publicações internacionais mais recentes que abordam o tema. Sugere-se que novas pesquisas utilizem outras estratégias de investigação para que sejam contemplados os indivíduos que estão passando pelo processo de luto, ouvindo-os por meio de entrevistas. Outras temáticas também se mostraram necessárias para análises, como o sofrimento psicológico das mães nos casos em que ocorreu a internação do neonato, o luto silenciado das pessoas que tentam a gestação sem sucesso e/ou que são diagnosticadas com problemas que levam à infertilidade, a atuação de profissionais de psicologia na ocorrência de óbitos, as consequências conjugais e o processo de luto na interface com as diferentes vivências de espiritualidade.

Ressalta-se que o luto perinatal corresponde a uma demanda que gera sofrimento a muitos envolvidos e impactos na saúde, no desenvolvimento emocional, físico e social dos pais, irmãos e família extensa. Assim, as pesquisas na área contribuem para o fortalecimento das estratégias de intervenção e para a criação de serviços e políticas públicas que possibilitem o reconhecimento social deste luto e a promoção de saúde mental aos envolvidos.

Referências

ACIOLE, G. G.; BERGAMO, D. C. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 122, p. 805-818, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912212>.

ANTONIAZZI, M. P.; SIQUEIRA, A. C.; FARIAS, C. P. Aspectos Psicológicos de uma Gestação de Alto Risco em Primigestas Antes e Depois do Parto. *Pensando fam.*, v. 23, n. 2, p. 191-207, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v23n2/v23n2a15.pdf>. Acesso em: 04 abril 2023.

BRASIL. *Manual técnico de Gestação de Alto Risco*, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em 1 março 2023.

BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco*, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em 20 março 2023.

BRASIL. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS*, 2021. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRAZ, L. M. L. P. *O luto perinatal e as consequências para filhos subsequentes*. 2019. 33f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Materno-Infantil) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2019.

BROWN, F. H. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Orgs.). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 393-414.

COSTA J. C.; LIMA, R. A. G. Luto de equipe: Revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev. Latino-Americana de Enf.*, v. 13, n. 2, p. 151-157, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200004>.

DUARTE, M. G. *Luto na maternidade: construção de cartilha para cuidados em situação de óbito perinatal*. 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, SP, 2019.

FARIA, S. S.; FIGUEIREDO, J. S. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Psicol. hosp.*, v. 15, n. 1, p. 44-66, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v15n1/15n1a05.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

FLECK, A.; PICCININI, C. A. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*, v. 40, p. 14-30, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a03.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

FLOR, C. A. *Luto perinatal: o desafio de ressignificar a morte de um filho*. 2021. 54f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2021.

FREUD, S. Luto e Melancolia, 1917. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 249-263.

GOMES, J. M. *A comunicação da dor do luto perinatal no Instagram*. 2022. 165f. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Sociedade). Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO, 2022.

GREEN, A. A mãe morta. In: GREEN, A. *Narcisismo de vida - Narcisismo de morte* (pp. 239-273). São Paulo: Escuta, 1988. p. 239-273.

IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 10, n. 4, p. 614-623, 2007. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>.

IRELAND, V. E. A dor do luto e seu acolhimento psicanalítico. *Estudos de Psicanálise*, v. 35, p. 151-166, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n35/n35a16.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2023.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LARI, L. R.; SHIMO, A. K. K.; CARMONA, E. V.; LOPES, M. H. B. M.; CAMPOS, C. J. G. Suporte aos pais que vivenciam a perda do filho neonato: revisão de literatura. *Aquichan*, v. 18, n. 1, p. 80-94, 2018. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.8>.

LEMOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. C. Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>.

MATOS, M. O nascimento da mãe no contexto da perinatalidade. *Clínica e investigación relacional*, v. 13, p. 65-85, 2019. <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2019.130105>.

MENEZZI, A. M. E. D.; FIGUEIREDO, I. D.; LIMA, E. W. B.; ALMEIDA, J. C.; MARQUES, F. K. S.; OLIVEIRA, C. F.; BARRETO, N. A. P.; PINHO, L. Vigilância do óbito fetal: estudo das principais causas. *O mundo da saúde*, v. 40, n. 2, p. 208-212, 2016. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20164002208212>.

MUZA, J. C.; SOUSA, E. N.; ARRAIS, A. R.; IACONELLI, V. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 15, n. 3, p. 34-48, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193829739003.pdf>. Acesso em: 4 abril 2023.

OISHI, K. L. O jardim de Julia: a vivência de uma mãe durante o luto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 30, n. 1, p. 5-11, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100002>.

PEDROSA, L. D. C. O.; SARINHO, S. W.; ORDONHA, M. A. R. Óbitos neonatais: por que e como informar? *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 5, n. 4, p. 411-418, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/LSDJhgwkdq7wG9VwmnnLQHB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 07 mar 2023.

PINTO, I. D.; PADOVANI, F. H. P.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 25, n. 1, p. 75-83, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/QZBxSPqxqbcMbtWJK78kWSc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2022.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS. *Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis*, 2020. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 27 fev 2023.

SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

YOUNGBLUT, J. M.; BROOTEN, D.; CANTWELL, G. P.; MORAL, T.; TOTAPALLY, B. Parent health and functioning 13 months after infant or child. *Pediatrics*, v. 132, n. 5, p. 1295-1301, 2013. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1194>.

ZAN, P. *A vida que a morte traz*. São Paulo: Loyola, 1984.

Como citar este artigo (Formato ABNT):

IGNACIO, Ethiene Stephanie; MEDEIROS, Ana Paula. Nascimento e Morte: o Apagamento do Luto durante a Perinatalidade. **Id on Line Rev. Psic.**, Maio/2023, vol.17, n.66, p. 253-272, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 18/04/2023; Aceito 08/05/2023; Publicado em: 31/05/2023.