

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

PRISCILA NASSIF DA SILVA

MATERNIDADE E RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DO LUTO MATERNO

SÃO LEOPOLDO

2012

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

PRISCILA NASSIF DA SILVA

MATERNIDADE E RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DO LUTO MATERNO

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós- Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Tagma Marina Schneider Donelli

SÃO LEOPOLDO

2012

S586m Silva, Priscila Nassif da  
Maternidade e relação mãe-bebê no contexto do luto materno / por Priscila Nassif da Silva. -- São Leopoldo, 2012.

122 f. : il. ; 30 cm.

Com: artigos “Luto materno e filho subsequente: revisão sistemática da literatura; Vivência da maternidade e da relação mãe-bebê no contexto do luto materno”.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2012.

Área de concentração: Psicologia clínica.

Orientação: Profª Drª Tagma Marina Schneider Donelli, Ciências da Saúde.

1.Luto materno. 2.Luto – Aspectos psicológicos. 3.Relações mãe-filho.  
4.Crianças – Morte. 5.Perda (Psicologia). I.Donelli, Tagma Marina Schneider.  
II.Título.

CDU 159.942-055.52-055.2

159.942

159.9-055.62

Catálogo na publicação:  
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

**PRISCILA NASSIF DA SILVA**

**MATERNIDADE E RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DO LUTO**

**MATERNIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dra. Tagma Marina Schneider Donelli

(Orientadora)

Prof. Dra. Daniela Centenaro Levandowski

(Membro)

Prof. Dra. Giana Frizzo

(Membro)

Prof. Dra. Denise Falcke

(Relatora)

Dedico este estudo especialmente ao Samuel,  
“anjo” da tia Pri. “Brilha onde estiver”<sup>1</sup>!  
E à Sabrina, que soube discordar da dor de  
ter perdido um filho e seguir sua vida com a força e  
coragem que só ela tem.

---

<sup>1</sup> Brilha Onde Estiver – O Teatro Mágico

## Agradecimentos

Primeiramente agradeço aos meus pais, Nicanor e Elaine, aos meus irmãos, Cassiano e Camilo, e à minha irmã, Ana Lísia, por todo o amor recebido desde sempre e que, com certeza, refletiu na construção deste trabalho.

Agradeço imensamente à Izabela, princesa da dinda Pri, que me ensinou a encarar a morte de alguém muito amado da maneira mais serena possível. E que ainda é pequena de tamanho, mas gigante no coração.

Agradeço à minha orientadora, Tagma Marina Schneider Donelli, por ter aceitado o desafio de me acompanhar na escrita sobre este tema tão delicado, e pelo apoio e aprendizado recebidos nesta caminhada.

Agradeço ao meu amor, David, pelo companheirismo e por entender as minhas ausências necessárias.

Muito obrigada à Nycia e à Jú, meus exemplos na profissão, e que souberam conter minhas angústias.

Agradeço ao meu dindo Aramis pela presença constante, pelo incentivo e pelo carinho durante esta jornada.

Agradeço às minhas amigas Lauren, Cristine, Rosângela, Aline, Patrícia, Andréia e Neusa pela amizade verdadeira.

Agradeço à Maríndia, à Mariléia, à Silvana e à Marli, pela amizade iniciada nesta etapa de nossas vidas profissionais e que eu espero que dure o resto da vida.

Agradeço às minhas queridas Rosa e Joséte, pelo colo tão reconfortante.

Agradeço à Ane, à Grazi e à Beta, pessoas mais que especiais, com quem aprendi a tentar me superar cada vez mais, tanto na dança quanto na escrita do trabalho.

Agradeço às meninas do grupo de pesquisa, pelas trocas teóricas e práticas, e também, pela escuta.

Por último, agradeço de maneira especial às participantes deste estudo, que se disponibilizaram a contar suas dolorosas histórias, sem as quais este trabalho não teria acontecido.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	10
ABSTRACT .....	11
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO .....	12
SEÇÃO 1 – LUTO MATERNO E FILHO SUBSEQUENTE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....	13
RESUMO .....	13
ABSTRACT .....	13
1 INTRODUÇÃO .....	14
2 MÉTODO.....	17
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	17
3.1 Análise dos 17 itens sobre luto materno .....	22
3.2 Análise dos itens sobre luto materno e a relação com o filho nascido após a perda .....	27
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	30
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO.....	35
SEÇÃO 2 – ARTIGO EMPÍRICO – VIVÊNCIA DA MATERNIDADE E DA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DO LUTO MATERNO .....	48
RESUMO.....	48
ABSTRACT.....	48
1 INTRODUÇÃO .....	49
1.1 Luto Materno e Relação Mãe-Bebê .....	51
1.2 Justificativa e Objetivo do Estudo .....	54
2 MÉTODO .....	55
2.1 Delineamento .....	55

2.2 Participantes .....	55
2.3 Instrumentos .....	55
2.3.1 Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13–Prolonged Grief Disorder).....	56
2.3.2 Entrevista sobre o luto materno .....	56
2.3.3 Entrevista com as mães sobre a vivência da maternidade atual e a relação mãe-bebê .....	56
2.3.4 Observação da interação mãe-bebê.....	56
2.3.5 Notas de campo.....	57
2.4 Procedimentos.....	57
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	58
3.1 Caso 1 – LARISSA.....	58
3.1.1 O Filho Perdido .....	58
3.1.2 O Processo de Luto .....	59
3.1.3 O Filho Subsequente .....	61
3.1.4 A Relação entre a Mãe e o Filho Subsequente .....	63
3.2 Caso 2 – MARIA.....	66
3.2.1 O Filho Perdido .....	66
3.2.2 O Processo de Luto .....	68
3.2.3 O Filho Subsequente .....	71
3.2.4 A Relação entre a Mãe e o filho Subsequente .....	74
3.3 Caso 3 – CAROLINNE .....	75
3.3.1 O Filho Perdido .....	76
3.3.2 O Processo de Luto .....	77
3.3.3 O Filho Subsequente .....	80
3.3.4 A Relação entre a Mãe e o Filho Subsequente .....	83
3.4 Caso 4 – BEATRIZ .....	85
3.4.1 Os Filhos Perdidos.....	85
3.4.2 O Processo de Luto .....	87
3.4.3 O Filho Subsequente .....	90
3.4.4 A Relação entre a Mãe e o Filho Subsequente .....	92
3.5 SÍNTESE DOS CASOS CRUZADOS .....	93
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	98



REFERÊNCIAS .....	99
APÊNDICE.....	104
ANEXOS .....	111
REFLEXÕES FINAIS .....	121
REFERÊNCIAS .....	122

## **Lista de Tabelas**

<b>Tabela 1:</b> Resultados dos materiais publicados em língua portuguesa.....	18
<b>Tabela 2:</b> Resultados dos materiais publicados em língua inglesa.....	20
<b>Tabela 3:</b> Características dos estudos empíricos revisados.....	35
<b>Tabela 4:</b> Participantes.....	55

## RESUMO

Esta Dissertação de Mestrado aborda a maternidade e a relação mãe-bebê no contexto do luto materno. Compõe-se de dois artigos, um teórico e um empírico. O artigo teórico é uma revisão sistemática da literatura sobre luto materno e filho subsequente e, para sua realização, foi efetuada uma busca nas bases de dados nacionais Scielo, Lilacs e BVS-Psi com as palavras-chave luto materno, mãe enlutada e mãe e luto. Realizou-se, também, uma busca nas bases de dados internacionais *Scopus*, *ScienceDirect* e *Pubmed*, com as palavras-chave *grieving mother*, *bereaved mother* e *mourning mother*, compreendendo o período de 2000 a 2012. Do total de 1953 encontrados, apenas 17 preencheram os critérios de inclusão. Os resultados indicam que a relação com o filho subsequente é mais abordada em estudos internacionais do que em estudos nacionais. Além disso, o número de estudos internacionais que abordaram a gravidez após a perda é maior do que aqueles que investigaram a relação com o filho após o nascimento. O estudo empírico teve como objetivo investigar de que forma a mãe vivencia a nova maternidade após a perda de um filho e compreender como essa vivência pode repercutir na relação com o novo bebê na primeira metade do primeiro ano de vida do mesmo. As participantes foram quatro mulheres adultas, com idades entre 20 e 38 anos. Eram mães de recém-nascidos de até seis meses de idade, com histórico de perda anterior de um filho, independente da idade e do tempo decorrido da perda. Foram utilizados como instrumentos o Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13), entrevistas semi-estruturadas sobre o luto materno, e sobre a experiência da maternidade atual e a relação com o novo bebê, além da observação da interação mãe-bebê. Cada caso foi analisado individualmente, buscando-se as suas particularidades, e depois comparado aos demais, a fim de investigar as convergências e divergências entre eles. Os resultados apontam que embora as mães ainda estejam apresentando indícios de luto, três delas parecem estar constituindo vínculo adequado com seus filhos subsequentes. Apenas uma das participantes parece apresentar bastante dificuldade de vinculação com a filha.

Palavras-chave: luto materno, filho subsequente, maternidade, relação mãe-bebê.

## ABSTRACT

This Master's Dissertation discusses motherhood and mother-infant relationship in the context of maternal grief. It consists of two papers, one theoretical and one empirical. The theoretical paper is a systematic review of the literature on maternal and child bereavement and subsequent to its execution, a search was conducted in national databases Scielo, Lilacs and BVS-Psi with keywords grieving mother, bereaved mother and mother and mourning. Was performed also a search in international databases Scopus, ScienceDirect and PubMed with the keywords Grieving mother, bereaved mother and mourning mother, comprising the period from 2000 to 2012. *Of the total of 1953 found only 17 met the inclusion criteria.* The results indicate that the relationship with his son addressed in subsequent studies is more international than in national studies. Furthermore, the number of international studies that addressed the pregnancy after loss is greater than those who investigated the relationship with the child after birth. The empirical study aimed at investigating how the mother experiences the new maternity after the loss of a child and understand how this experience may influence the relationship with the new baby in the first half of the first year of life the same. The participants were four adult women, aged between 20 and 38 years. They were mothers of newborns up to six months of age, with a history of previous loss of a child, regardless of age and elapsed time of loss. Were used as instruments of the Assessment Instrument Prolonged Grief Disorder (PG-13), semi-structured interviews about the grieving mother, and about the experience of motherhood and current relationship with the new baby, and the observation of mother-infant interaction. Each case was analyzed individually, seeking their particularities, and then compared to the others in order to investigate the similarities and differences between them. The results indicate that although mothers are still showing signs of mourning, three of them seem to constitute adequate link with subsequent children. Only one of participants seems to have enough trouble linking with his daughter. Keywords: maternal mourning, subsequent child, maternity, mother-infant relationship.

## APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

O interesse por um estudo mais aprofundado do luto materno e da relação da mãe enlutada com filho subsequente surgiu a partir da experiência vivenciada em estágio curricular de graduação. Tal atividade ocorreu em um hospital da região metropolitana de Porto Alegre, no qual o serviço de psicologia realizava, rotineiramente, avaliações de díades mãe-bebê nas unidades de internação neonatal, maternidade e pediatria. Durante a experiência, foram entrevistadas mães que estavam com seus filhos internados e que referiam perda de filhos anteriores. Há carência de estudos (Lamb, 2002) e pesquisas sobre este tema tão delicado, o qual exige medidas de caráter preventivo por parte da sociedade e dos órgãos competentes, já que eventuais omissões relativas a esta temática podem vir a causar danos sérios tanto nos pais da criança quanto na criança subsequente.

Maldonado (1989) aponta o luto como fator de risco em futuras gestações, sendo as famílias que já passaram por perda(s) de filho(s) pequeno(s) vistas como vulneráveis, necessitando, por isso, de maiores cuidados. Assim se torna imperativa uma maior atenção para este tipo de situação, uma vez que vários casos semelhantes atendidos durante três anos e meio de atuação clínica da pesquisadora em ambiente hospitalar a levaram a refletir sobre o tema deste estudo. No entanto, isto se mostrou insuficiente para embasar conclusões mais amplas e/ou aprofundadas.

Sendo assim, esta dissertação discorre sobre o tema do luto materno e da relação da mãe com o filho nascido após a perda. Ela está organizada em duas seções: a primeira é um artigo teórico, de revisão sistemática da literatura, cujo objetivo foi realizar uma revisão sistemática da literatura especializada indexada, no período de 2000 a 2012, sobre o tema luto materno e filho subsequente, a fim de conhecer o que a literatura de língua portuguesa e inglesa referem sobre essa questão.

A segunda seção contém um artigo empírico, o qual pretendeu investigar de que forma a mãe vivencia a nova maternidade após a perda de um filho e compreender como essa vivência pode repercutir na relação com o novo bebê na primeira metade do primeiro ano de vida do mesmo.

## SEÇÃO 1 – ARTIGO TEÓRICO

### LUTO MATERNO E FILHO SUBSEQUENTE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

RESUMO – O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura especializada indexada, de 2000 até 2012, sobre o tema luto materno e filho subsequente. O método adotado foi o levantamento bibliográfico nas bases de dados Lilacs, BVS-Psi, Scielo, *Scopus*, *ScienceDirect* e *PubMed* com as seguintes palavras-chave: luto materno, ou mãe enlutada, ou mãe e luto, e *grieving mother, or bereaved mother, or mourning mother*. Foram identificados 109 artigos em língua portuguesa, dos quais foram selecionados oito, pois abordavam o luto materno. Entre os artigos de língua inglesa, foram identificados 1841, dos quais foram selecionados nove. Sete estudos nacionais tratam somente do processo de luto vivenciado pelas mães bem como os sentimentos associados a esta experiência. Apenas um deles aborda a relação entre a mãe e o filho subsequente à perda. Quanto aos internacionais, houve discrepância. Quatro abordaram a relação entre a mãe e o filho nascido após a perda, enquanto cinco focaram apenas a experiência da gravidez subsequente. O que se percebe é que estudos internacionais tendem a abordar mais a relação com o filho subsequente do que os estudos nacionais. Além disso, o número de estudos internacionais que abordaram a gravidez após a perda é maior do que aqueles que investigaram a relação com o filho após o nascimento.

Palavras-chave: revisão sistemática da literatura; luto materno; filho subsequente.

ABSTRACT - The aim of this study was to make a systematic review of the indexed specialized literature, from 2000 to 2012, about the theme maternal grief and subsequent child. The method used was the data collection (bibliography) of the data basis Lilacs, BVS-Psi, Scielo, Scopus, ScienceDirect and PubMed with the following keywords: maternal grief, or grieving mother, or mother and grief, and bereaved mother, or mourning other. 109 articles were identified in the Portuguese language and among them eight were selected, because they addressed the grieving mother. Among the articles in the English language, 1841 were identified and nine were selected. Seven of the national studies discuss only the maternal grief. Solely one of them deals with the relationship between the mother and the subsequent child loss. In relation to the international articles, there were discrepancies. Four discussed the relationship, while five focused only the subsequent pregnancy. What could be noticed is that

international studies tend to discuss more the relationship with the subsequent child than the national studies. Furthermore, the number of international studies that addressed the pregnancy after loss is greater than those who investigated the relationship with the child after birth.

Keywords: systematic review of literature; maternal grief; subsequent child.

## 1.INTRODUÇÃO

Socialmente, o tema da morte é tratado como tabu. Por isso, o ser humano parece ter dificuldades em aceitar o fim da vida (Kübler-Ross, 1998). Assim, diante de uma perda, a resposta geralmente esperada é o luto, o qual tem impacto sobre o indivíduo e a família, muitas vezes em longo prazo, até mesmo trigeracional (Parkes, 1998). No entanto, instituiu-se uma noção de que a pessoa enlutada é capaz de sair dessa experiência inalterada (Silva, 2002). Mas, conforme essa autora, percebe-se que, para a maioria dos seres humanos, o luto demora mais tempo do que a sociedade está disposta a esperar.

Para Freud (1915/1969), o luto não pode ser compreendido como estado patológico e o indivíduo enlutado não necessita ser encaminhado para tratamento médico, embora este processo acarrete algumas dificuldades no cotidiano da pessoa enlutada. Ainda segundo o mesmo autor, no luto, o mundo se torna pobre e vazio e há uma perda real de um objeto querido. Conforme este psicanalista, diante da realidade da perda, o luto terá por tarefa, retirar a libido do objeto amado e perdido. Tal perda é vivida com resistência, tornando-se um processo lento e doloroso, precisando, o mesmo, ser concluído para que o ego se torne livre e desinibido novamente. Freud também destaca que “no entanto, a perda de um objeto amoroso pode trazer à tona a ambivalência vivida nas relações afetivas” (p. 278).

Klaus e Kennel (1993) referem que a duração e a intensidade do luto são proporcionais à intimidade do relacionamento antes da morte. Worden (1998), nesse sentido, propõe que não existe um tempo determinado para a resolução do luto, mas que esta pode acontecer quando suas tarefas: I - aceitar a realidade da perda; II - elaborar a dor da perda; III - ajustar-se ao ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu e IV - reposicionar, em termos emocionais, a pessoa falecida e dar continuidade à vida são finalizadas. Além disso, quando a pessoa é capaz de lembrar ou falar do falecido, sem necessariamente estar presente o sentimento de dor, e quando o indivíduo é capaz de se interessar pela vida significa que houve a elaboração do luto.

Quando essas tarefas não se cumprem, Worden (1998) refere que o luto pode ser chamado de luto patológico, não resolvido, complicado, crônico, retardado ou exagerado. O mesmo autor afirma ainda que, independentemente de como é nomeado, o luto que não se concretiza tem como principal característica a intensidade e duração de uma reação, e não somente a presença ou ausência de um determinado comportamento.

Maldonado (1989) aponta o luto como um fator de risco para a vivência da maternidade e o estabelecimento de uma relação saudável entre mãe e bebê no início da vida, sendo as famílias que já passaram por perdas de filhos pequenos vistas como vulneráveis, necessitando, por isso, de maiores cuidados. Assim se torna importante uma maior atenção para este tipo de situação, pois a morte de uma criança pode ter efeitos devastadores sobre a família e tende a ser a de mais difícil aceitação (Silva, 2002; Walsh & McGoldrick, 1998). Estudiosos sobre perda, como Bowlby (1998), referem que, quando a vivência da perda de alguém significativo ocorre durante os cinco primeiros anos de vida, é muito perigosa para o desenvolvimento da personalidade. Entretanto, aponta que a perda ocorrida mais tarde, também é potencialmente arriscada, como no caso da morte de um filho.

Sabe-se que os momentos iniciais de vida de um bebê são caracterizados por ser uma fase de dependência absoluta, pois “se não há uma mãe capaz de se conectar com seu bebê, este acaba por não integrar-se, tornando-se apenas um corpo com partes soltas” (Winnicott, 2000, p. 404), e esse é um risco corrido pelo filho que nasce após a morte de um irmão, por exemplo. Através do que a literatura indica, pode-se supor que uma mãe enlutada apresenta sérias dificuldades em oferecer um ambiente adequado ao novo bebê, uma vez que se encontra emocionalmente fragilizada, e, portanto, pode não estar disponível ao seu filho, o que repercutirá negativamente nessa nova relação entre a mãe e este filho subsequente à perda (Bowlby, 1998; Castro, 2006; Hughes, Turton & Evans, 1999; Stryckman, 2000; Vidal, 2008, 2010; Warland, O’Leary, McCutcheon & Williamson, 2010).

O tipo de luto mais observado em pais e mães é o crônico (Castro, 2006). Apesar da intensidade do sofrimento parecer diminuir com o passar do tempo, não existe nada que corte o senso de continuidade da ligação com o filho morto, gerando, às vezes, um sentimento de perda de parte de si mesmo. Deste modo, o processo de luto pela perda de um filho é visto por alguns autores (Casellato, 2002; Parkes, 1998; Walsh, 2005) como eterno.

Quando uma mãe vivencia a perda de um filho e essa morte é seguida de perto por outra gravidez, observa-se que, com frequência, o luto anterior ainda não foi elaborado, como nos casos de gravidez substitutiva (Bromberg, 1994, 1998; Castro, 2006; Maldonado, 1989; Silva, 2002; Stryckman, 2000; Worden, 1998), situação de “criança-substituta” (Brazelton &



Cramer, 1992) ou “substituições apressadas”, conforme termo sugerido por Bowlby (1998). Nesse sentido, este autor afirma que o vínculo da mãe com o novo bebê corre o risco de ser prejudicado desde o início, pois o luto pelo filho perdido pode não ter se completado e o novo filho pode ser visto, não apenas como uma substituição, mas como o retorno daquele que morreu. Pode, em alguns casos, tal incompletude ser dificultada pela idealização do pequeno morto. Sendo esta adoração quase inevitável, o levará ao lugar de herói, não favorecendo, assim, a elaboração sadia do luto e a ligação afetiva com o filho nascido após a perda (Castro, 2006; Stryckman, 2000).

A experiência da perda acarreta mudanças e ajustamentos e, considerando todo o sofrimento envolvido, pode se transformar em uma oportunidade de crescimento e amadurecimento. Atingir o sentido das perdas simbólicas, associado à aceitação da perda real, faz com que haja um aumento da capacidade que se tem de se apegar novamente, amenizando o sentimento causado pela separação. Neste contexto, há uma transformação no sentimento de angústia em algo que pode vir a fortalecer a personalidade e aprofundar a experiência de vida de uma pessoa (Savage, 1989; Silva, 2002).

Portanto, parece importante permitir aos pais um tempo para experimentar a perda, sendo este sugerido por Bowlby (1998), um ano ou mais, para que a relação que venha a se estabelecer com o novo bebê não acabe sendo prejudicada pelas necessidades de substituição ou mesmo pelas possíveis dificuldades de vinculação com o bebê nascido após a perda. E, principalmente, para conservar viva a lembrança do filho morto, distinta de qualquer outro que venham a ter.

Assim, tendo em vista a importância dos primeiros vínculos entre a criança e seus pais, e considerando a perda como um evento potencialmente desorganizador para qualquer pessoa, é necessário considerar que as relações iniciais pais e filhos podem ser prejudicadas pelo processo de luto, especialmente se esse processo estiver sendo vivenciado pela mãe. Além disso, se o luto materno estiver relacionado à perda de um filho, pode-se considerá-lo como um fator de risco na relação entre a mãe e o novo bebê. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão sistemática da literatura especializada indexada, no período de 2000 a 2012, sobre o tema luto materno e filho subsequente, a fim de conhecer o que a literatura de língua portuguesa e inglesa referem sobre essa questão.

## 2.MÉTODO

Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Lilacs, BVS-Psi e Scielo, que disponibilizam materiais em língua portuguesa, e nas bases *Scopus*, *ScienceDirect* e *Pubmed*, que divulgam a produção científica de língua inglesa. Em português, foram utilizados os seguintes descritores: luto materno OU luto e mãe OU mãe enlutada; e em inglês, usou-se *grieving mother OR bereaved mother OR mourning mother*. Os critérios de inclusão definidos foram artigos, dissertações de mestrado e doutorado, e trabalhos de conclusão de curso, de língua portuguesa e inglesa, sobre luto materno e filho subsequente, publicados a partir de janeiro de 2000 até outubro de 2012 e indexadas nas referidas bases de dados. Estudos cujo tema diferisse do objetivo proposto, que não enfocassem o luto materno por perda de filho nascido vivo e posteriormente falecido, ou que somente focalizassem luto pelo filho ideal, perdas fetais, natimortos e gravidez interrompida por anomalia fetal foram excluídos.

## 3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca por **mãe enlutada** nas bases de dados Scielo (0), BVS-PSI (0) e Lilacs (0) não referiu resultados. Já a busca pelo descritor **luto materno** nas mesmas bases de dados totalizou 41 resultados, sendo nenhum no Scielo, 30 na BVS-PSI e 11 no Lilacs. Destes 41, seis atendiam aos critérios de inclusão no estudo, isto é, tratavam de luto materno no contexto da perda por morte de um filho nascido vivo. Assim, com esse descritor, foram localizados seis artigos sobre luto materno, sendo que apenas um aborda o tema do luto materno e filho subsequente.

A busca por **luto e mãe** nas bases de dados Scielo (0), BVS-PSI (54) e Lilacs (14) totalizou 68 resultados. Destes 68, sete estavam relacionados com luto materno. Novamente, apenas um desses estudos, que totalizaram sete com o descritor **luto e mãe** nessas bases, tratou especificamente do luto materno e filho subsequente.

Dessa forma, os materiais encontrados em língua portuguesa sobre o tema luto materno totalizaram treze resultados, sendo que destes, cinco se repetiram nas bases de dados escolhidas quando se juntaram os resultados dos descritores “luto materno” e “luto e mãe”. Assim, em língua portuguesa, foram encontrados oito trabalhos, sendo que apenas um (Vidal, 2010) tratava do tema do luto materno e filho subsequente.

Na tabela abaixo é possível visualizar os resultados obtidos em língua portuguesa, após incidência dos critérios de exclusão:

*Tabela 1: Resultados dos materiais publicados em língua portuguesa*

<i>Descritor</i>	<i>Nº total de itens encontrados</i>	<i>Autores</i>
<i>Mãe enlutada</i>	0	-
<i>Luto materno</i>	6	Corbellini (2001) Freitas (1997) Maldaner & Vivacqua (2009) Nations (2008) Silva (2002) Vidal (2010)
<i>Luto e Mãe</i>	7	Corbellini (2001) Freitas (1997) Iaconelli (2007) Nations (2008) Passaro & Gerardi (2006) Silva (2002) Vidal (2010)
Total após exclusão dos repetidos	8	<i>Corbellini (2001)</i> <i>Freitas (1997)</i> <i>Iaconelli (2007)</i> <i>Maldaner &amp; Vivacqua (2009)</i> <i>Nations (2008)</i> <i>Passaro &amp; Gerardi (2006)</i> <i>Silva (2002)</i> <i>Vidal (2010)</i>

Já nas bases de dados que disponibilizam acesso a materiais produzidos em língua inglesa, a busca pelo termo ***grieving mother*** na base de dados *Scopus* totalizou 631 resultados. Com a possibilidade de utilizar limitadores nesta busca, foram eleitos o ano de publicação (2000-2012), a área do conhecimento (*Psychology*) e o idioma de publicação (*english*) para refinar a busca a partir dos objetivos deste trabalho. Após esse procedimento, foram obtidos 163 resultados. Destes, 53 se referiam a perda de filho por morte, e destes, 13 foram excluídos por tratarem de natimorto, resultando 40 estudos que trataram de morte de filho nascido vivo. Destes 40, três abordaram a gravidez subsequente, e um abordou o tema relação com o filho subsequente após o nascimento.

A busca pelo termo ***grieving mother*** na base de dados *ScienceDirect* totalizou 1669 resultados. Novamente com a possibilidade de refinar a busca, elegeram-se os limitadores ano

de publicação (2000-2012), tipo de publicação (*journal*), e subtemas (*death; mother; grief; parent*), sendo gerados 36 resultados. Destes, sete se referiam a perda de filho por morte. Destes sete, um foi excluído por tratar de natimorto, resultando seis estudos que trataram de morte de filho. Destes seis, nenhum abordou o tema filho subsequente.

A busca pelo mesmo descritor, ***grieving mother***, na base de dados *PubMed* totalizou 767 resultados. Com os limitadores ano de publicação (2000-2012), tipo de publicação (*journal*), população pesquisada (*humans*) e idioma de publicação (*english*), foram selecionados 263 resultados. Destes, 103 se referiam a perda de filho por morte. Foram excluídos aqueles que referiam natimortos, perda gestacional e gestação interrompida por anomalia fetal (43), resultando 60 estudos. Destes 60, dois abordaram a gravidez subsequente e outro, a relação com o filho após o nascimento, totalizando três estudos sobre luto materno e filho subsequente. Os outros 57 se aproximaram do tema pesquisado ao tratarem de aspectos e efeitos da perda do filho nos pais.

A busca pelo termo ***bereaved mother*** na base de dados *Scopus* totalizou 1288 resultados. Com limitadores ano de publicação (2000-2012), área do conhecimento (*Psychology*) e o idioma de publicação (*english*), foram selecionados 539 resultados. Destes, 65 se referiam a perda de filho por morte. Destes, quatro foram excluídos: um referia natimorto, outro abordou gestação interrompida por anomalia fetal, um não tratava de morte de filho e outro era repetido, resultando 61 estudos que trataram de morte de filho. Destes 61, apenas dois abordaram a relação com filho subsequente.

Já a busca pelo termo ***bereaved mother*** na base de dados *ScienceDirect* totalizou 1470 resultados. Com os limitadores ano de publicação (2000-2012), tipo de publicação (*journal*), e subtemas (*death; grief; parent*), foram selecionados 24 resultados. Destes, oito se referiam a perda de filho por morte. Destes oito, um foi excluído por tratar de natimorto, resultando sete estudos que trataram de morte de filho. Destes sete artigos, quatro se repetiram, resultando em três artigos sobre a morte de filho, mas nenhum abordou o tema filho subsequente.

A busca pelo termo ***bereaved mother*** na base de dados *PubMed* totalizou 133 resultados. Com os limitadores ano de publicação (2000-2012), tipo de publicação (*journal*), população pesquisada (*humans*) e idioma de publicação (*english*), foram selecionados 40 resultados que referiam a perda de filho por morte. Destes, cinco foram excluídos por se referirem a natimortos, resultando 35 estudos que trataram de morte de filho. Destes 35, somente três abordaram a relação com o filho subsequente após o nascimento.

A busca pelo termo ***mourning mother*** na base de dados *Scopus* totalizou 1614 resultados. Com os mesmo limitadores já utilizados nesta base (ano de publicação 2000-2012;

área do conhecimento *Psychology*; e idioma de publicação *english*), foram selecionados 498 resultados. Destes, 50 se referiam a perda de filho por morte. Destes 50, sete foram excluídos por abordarem natimorto, resultando 43 estudos que trataram de morte de filho. Destes 43, apenas dois abordaram o tema gravidez subsequente, e um, a relação com o filho após o nascimento.

O termo *mourning mother* utilizado como descritor na base de dados *ScienceDirect* totalizou 2038 resultados. Com os limitadores ano de publicação (2000-2012), tipo de publicação (*journal*), e subtemas (*death; grief; parent; mother*), foram selecionados 29 resultados. Destes, 5 se referiam a perda de filho por morte. Destes cinco, três foram excluídos por tratarem de natimorto, resultando dois estudos que trataram de morte de filho, mas nenhum abordou o tema filho subsequente.

Por último, a busca pelo termo *mourning mother* na base de dados *PubMed* totalizou 770 resultados. Com os limitadores ano de publicação (2000-2012), tipo de publicação (*journal*), população pesquisada (*humans*) e idioma de publicação (*english*), foram selecionados 257 resultados. Destes, 98 se referiam a perda de filho por morte. Destes, 39 foram excluídos por se referirem a natimortos, resultando 59 estudos que trataram de morte de filho. Destes 59, somente dois abordaram o tema filho subsequente, e destes dois, um abordou a relação após o nascimento, enquanto o outro tratou apenas da gravidez subsequente.

Assim, os materiais encontrados em língua inglesa sobre o tema luto materno totalizaram 310 resultados, sendo que destes, 50 foram excluídos por se repetirem entre as bases, pois foram encontrados com descritores diferentes. Assim, foram encontrados 260 trabalhos (tirando já os repetidos), sendo que nove tratavam do tema do luto materno e filho subsequente. Destes nove, quatro falaram sobre a relação dos pais com o filho subsequente, isto é, aquele que nasceu após a perda. Os outros cinco referiram a gravidez subsequente, mais especificamente quanto à presença de ansiedade neste momento, mas não enfocaram a relação pais e filho após o nascimento.

Abaixo, é possível visualizar os resultados obtidos em língua inglesa, após incidência dos critérios de exclusão:

**Tabela 2:** Resultados dos materiais publicados em língua inglesa

Descritor	Nº total de itens sobre luto materno encontrados	Nº de itens que tratam do tema luto materno e filho subsequente	Autores dos itens que tratam do tema luto materno e filho subsequente
-----------	--	---	---

<i>Grieving mother</i>	106	7	Côté-Arsenault & Donato (2011) Côté-Arsenault & Freije (2004) Gaudet (2010) O'Leary (2004) O'Leary (2005) Warland, O'Leary & McCutcheon (2010) Pantke & Slade (2006)
<i>Bereaved mother</i>	99	5	Hamama-Raz, Rosenfeld & Buchbinder (2010) Pantke & Slade (2006) (em duas bases) Warland, O'Leary & McCutcheon (2010) Warland, O'Leary, McCutcheon & Williamson (2010)
<i>Mourning mother</i>	104	5	Gaudet (2010) Pantke & Slade (2006) O'Leary (2004) O'Leary (2005) Warland, O'Leary & McCutcheon (2010)
<i>Total dos itens encontrados</i>	310	9	Côté-Arsenault & Donato (2011) Côté-Arsenault & Freije (2004) Gaudet (2010) Hamama-Raz, Rosenfeld & Buchbinder (2010) O'Leary (2004) O'Leary (2005) Pantke & Slade (2006) Warland, O'Leary & McCutcheon (2010) Warland, O'Leary, McCutcheon & Williamson (2010)
<i>Total após exclusão dos repetidos</i>	260	9	<i>Côté-Arsenault &amp; Donato (2011)</i> <i>Côté-Arsenault &amp; Freije (2004)</i> <i>Gaudet (2010)</i> <i>Hamama-Raz, Rosenfeld &amp; Buchbinder (2010)</i> <i>O'Leary (2004)</i> <i>O'Leary (2005)</i> <i>Pantke &amp; Slade (2006)</i>

		<i>Warland, O'Leary &amp; McCutcheon (2010)</i> <i>Warland, O'Leary, McCutcheon &amp; Williamson (2010)</i>
--	--	--

Assim, considerando os resultados obtidos em língua portuguesa e em língua inglesa, foram encontrados 17 estudos que tratam do tema do luto materno, oito nacionais e nove internacionais.

### 3.1 Análise dos 17 itens sobre luto materno

Os 17 itens que abordaram o tema do luto materno foram analisados a partir de sete categorias: 1) país de origem, 2) objetivos do estudo, 3) delineamento, 4) instrumentos, 5) participantes, 6) tipo de perda e 7) principais resultados.

Dos 17 itens encontrados, oito foram realizados no Brasil (Corbellini, 2001; Freitas, 1997; Iaconelli, 2007; Maldaner & Vivacqua, 2009; Nations, 2008; Passaro & Gerardi, 2006; Silva, 2002; Vidal, 2010), enquanto um foi realizado em Israel (Hamama-Raz, Rosenfeld e Buchbinder, 2010), um na França (Gaudet, 2010), um no Reino Unido (Pantke & Slade, 2006) e os outros seis nos Estados Unidos (Côté-Arsenault & Donato, 2011; Côté-Arsenault & Freije, 2004; O'Leary, 2004; 2005; Warland, O'Leary & McCutcheon, 2010; Warland, O'Leary, McCutcheon & Williamson, 2010). Assim, pode-se perceber, em relação ao **país de origem**, a predominância de estudos americanos sobre o luto materno e a relação com o filho subsequente. Maria Helena Pereira Franco, na apresentação à edição brasileira de Parkes (1998), refere que em países do Hemisfério Norte de língua inglesa, o luto é um tema bastante estudado, diferente do que ocorre no Brasil, onde a pesquisa e a intervenção em luto são pouco desenvolvidas. A partir disso, a autora questiona se o maior interesse pelo tema em tais localidades seriam resultantes da experiência direta das duas guerras mundiais. Nesse sentido, pensando no contexto brasileiro atual, o interesse pelo estudo do luto materno vem aumentando, embora ainda sejam escassos estudos sobre o luto materno e a relação com o filho subsequente.

Em relação aos **objetivos dos estudos**, percebeu-se variação. Em cinco deles (Corbellini, 2001; Freitas, 1997; Iaconelli, 2007; Maldaner & Vivacqua, 2009; Passaro & Gerardi, 2006), as pesquisadoras procuraram compreender o processo de luto materno sob diferentes perspectivas, desde a vivência da experiência, sentimentos e significado da perda,

bem como as manifestações, os agravantes e as dificuldades de elaboração tanto do luto perinatal quanto do luto por perda de filho jovem, trágica ou devido a doença grave, repentina e fatal. Foi realizado, ainda, um estudo (Silva, 2002) que objetivou investigar os cuidados assistenciais de uma equipe de saúde às mães que perderam seus bebês, bem como a sua repercussão no luto materno. Outra pesquisa (Nations, 2008) investigou a etnoetologia de óbitos infantis evitáveis na óptica da mãe em luto no Nordeste brasileiro. Em cinco estudos, o foco foi a gravidez subsequente, desde o funcionamento de grupos de apoio, passando pelo impacto da perda no vínculo pré-natal, bem como a abordagem de ansiedade, dor e transtorno de estresse pós-traumático e outros fatores de risco para o sofrimento psicológico durante a gravidez subsequente a uma perda (Côté-Arsenault & Donato, 2011; Côté-Arsenault & Freije, 2004; Gaudet, 2010; O'Leary, 2004; 2005). Apenas cinco estudos referem-se à relação pai/mãe-filho subsequente após o nascimento. Um deles aborda a relação da perspectiva dos filhos nascidos após a perda perinatal (Warland, O'Leary & McCutcheon, 2010). Por outro lado, Warland, O'Leary, McCutcheon e Williamson (2010) tratam da relação dos pais com o filho subsequente sob a perspectiva dos pais. Já Hamama-Raz, Rosenfeld e Buchbinder (2010) examinaram a experiência de pais que perderam seus filhos durante o serviço militar em Israel e decidiram ter um filho subsequente. Pantke e Slade (2006), por sua vez, exploraram as sequelas em longo prazo das experiências de bem-estar psicológico e da qualidade percebida da parentalidade recebidos durante os primeiros 16 anos de vida dos participantes, adultos jovens, que tinham vivido a perda de um irmão nascido antes deles. Vidal (2010) procurou investigar a experiência emocional materna na gravidez e parto prematuro subsequente à perda perinatal. Tais objetivos são bastante diversificados, embora se possa observar três subtemas predominantes entre eles: processo de luto materno, a gravidez subsequente e a relação entre pais e filho nascido após a perda. Assim, parece que o tema do luto materno vem sendo estudado sob diferentes aspectos, o que pode ampliar o entendimento sobre o tema.

Em relação ao **delineamento**, 11 estudos optaram por uma abordagem qualitativa do fenômeno (Corbellini, 2001; Côté-Arsenault & Freije, 2004; Freitas, 1997; Hamama-Raz, Rosenfeld e Buchbinder, 2010; Maldaner & Vivacqua, 2009; Nations, 2008; O'Leary, 2005; Passaro & Gerardi, 2006; Vidal, 2010; Warland, O'Leary & McCutcheon, 2010; Warland, O'Leary, McCutcheon & Williamson, 2010), embora também tenham sido feitos estudos quantitativos de tipo quase experimental (Gaudet, 2010; Pantke & Slade, 2006) e misto (Côté-Arsenault & Donato, 2011; Silva, 2002). Pode-se observar que os estudos nacionais utilizaram, em sua totalidade, o delineamento qualitativo. Já os internacionais fizeram uso



tanto do delineamento qualitativo, quanto do quantitativo de tipo quase experimental, bem como do método misto. A predominância na escolha pela abordagem qualitativa na maioria dos estudos referidos pode estar baseada no fato de que o luto é um tema extremamente delicado de tratar, pois é uma vivência singular e complexa e, por isso, difícil de quantificar. Assim, a abordagem qualitativa parece ser a melhor opção para estudar o tema, uma vez que prioriza o foco no significado individual e na importância da interpretação da complexidade de uma situação, como refere Creswell (2010).

As entrevistas semi-estruturadas foram os **instrumentos** utilizados em 12 estudos (Corbellini, 2001; Côté-Arsenault & Donato, 2011; Côté-Arsenault & Freije, 2004; Freitas, 1997; Hamama-Raz, Rosenfeld e Buchbinder, 2010; Maldaner & Vivacqua, 2009; Nations, 2008; O'Leary, 2005; Passaro & Gerardi, 2006; Vidal, 2010; Warland, O'Leary & McCutcheon, 2010; Warland, O'Leary, McCutcheon & Williamson, 2010). Porém, em dois estudos também foi utilizada a observação (Côté-Arsenault & Freije, 2004; Vidal, 2010), bem como a aplicação de escalas (Côté-Arsenault & Donato, 2011; Pantke & Slade, 2006) e questionários (Gaudet, 2010; Silva, 2002). A escolha pela entrevista semi-estruturada parece estar fundamentada na ideia de que este seja o melhor instrumento para abordar o tema do luto, à medida que favorece a relação intersubjetiva do entrevistador com o entrevistado, e, por meio das trocas verbais e não verbais que se estabelecem neste contexto de interação, permite uma melhor compreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos participantes a respeito de situações e vivências pessoais. Outra vantagem é a flexibilização na condução do processo de pesquisa e na avaliação de seus resultados, visto que o entrevistado tem um papel ativo na construção da interpretação do pesquisador. Esta seria uma modalidade de triangulação (confiabilidade), pois, ao invés de o pesquisador sustentar suas conclusões apenas na interpretação que faz do que o entrevistado diz, ele concede a este último a oportunidade de legitimá-la (Fraser & Gondim, 2004). Além disso, sabe-se da existência de um instrumento que avalia o luto prolongado, chamado Instrumento de Avaliação da Perturbação do Luto Prolongado (PG-13 – *Prolonged Grief Disorder*) (Prigerson & Maciejewski, em Delalibera, 2010) Porém, não foi localizado, apesar de já se ter conhecimento de que ele existe. Ainda, pode-se observar que o uso de instrumentos como questionário parece limitar a complexidade do luto, à medida que tal instrumento, por ter a objetividade como qualidade principal, pode reduzir a complexidade do luto à objetividade do instrumento.

Os **participantes** também variaram bastante entre os estudos. Em relação à quantidade, variaram entre um e 96 participantes (entre mães e profissionais da área da

saúde). A maioria foi mulheres, embora também tenham participado homens (pais), casais e crianças (filhos subsequentes), tanto de forma individual quanto grupal. Quanto aos profissionais entrevistados em um dos estudos (Silva, 2002), não fica claro o gênero. Mesmo com a variação do número das participantes, o que se pode perceber é que, embora seja um tema delicado de tratar, muitas delas aceitam falar sobre a perda.

O **tipo de perda** investigada nos estudos variou entre morte neonatal, morte súbita infantil, morte acidental na infância, morte por doença e mortes trágicas - acidente de trânsito e homicídio. Dez mortes foram perinatais (Côté-Arsenault & Donato, 2011; Côté-Arsenault & Freije, 2004; Gaudet, 2010; Iaconelli, 2007; Maldaner & Vivacqua, 2009; O'Leary, 2004; 2005; Silva, 2002; Vidal, 2010; Warland, O'Leary, McCutcheon & Williamson, 2010). Houve, ainda, quatro perdas infantis (Nations, 2008; Pantke & Slade, 2006; Warland, O'Leary & McCutcheon, 2010; Warland, O'Leary, McCutcheon & Williamson, 2010) e quatro mortes de filhos adultos (Corbellini, 2006; Freitas, 1997; Hamama-Raz, Rosenfeld e Buchbinder, 2010; Passaro & Gerardi, 2006). É necessário esclarecer que Warland, O'Leary, McCutcheon & Williamson (2010) investigaram perdas neonatais e infantis. Esta constatação chama atenção, uma vez que o número de mortes de jovens por acidente de trânsito e homicídio vem aumentando cada vez mais.

Em relação aos **principais resultados** dos estudos selecionados, aqueles em que o interesse foi o processo de luto materno (Corbellini, 2001; Freitas, 1997; Maldaner & Vivacqua, 2009; Passaro & Gerardi, 2006), pode-se observar como pontos comuns: choque, negação dos sentimentos, sentimentos de raiva, de impotência, de vazio, de culpa, de morte e desesperança. Injustiça, revolta e dificuldades para aceitar a realidade, bem como sofrimento intenso e desejo de morte (visto como um reencontro com o filho perdido) e uma busca contínua de apoio também estão presentes. Sentimentos ambivalentes foram manifestados pelas mães, diante do desejo de ter o filho perdido e a manifestação da necessidade de passar por esta perda, pois acreditam que nada acontece por acaso. Outros aspectos que influenciam na elaboração do luto são a dependência nas relações mãe-filho, os antecedentes históricos da mãe, variáveis pessoais e de personalidade como sexo, idade, inibição de sentimentos, ansiedade e tipo de enfrentamento diante de situações estressantes da vida passada e da perda presente, inabilidade para tolerar situações aflitivas e auto-estima, fatores esses que podem dificultar o trabalho de luto. A relação conjugal e as expectativas das mães em relação ao filho perdido interferem na qualidade dos sentimentos e na elaboração do luto dessas mães, havendo a necessidade de uma reorganização no sistema familiar. Outros fatores que podem levar a complicações no luto são, ainda, uma perda parental recente e a existência de uma

relação ambivalente com a própria mãe, seu primeiro objeto de amor. Além desses pontos em comum, observou-se que há aspectos específicos no trabalho de luto de cada mãe, de acordo com a sua história de vida e sua subjetividade (Corbellini, 2001; Freitas, 1997; Maldaner & Vivacqua, 2009; Passaro & Gerardi, 2006). Silva (2002) referiu que há um consenso geral entre o relato das mães e a prática descrita pelos profissionais de que a notícia da morte do bebê deve ser dada logo após o acontecido, salvo nos casos em que a mãe não esteja bem de saúde. As entrevistas confirmaram o sentimento de arrependimento que surge, e as dificuldades que enfrentam tanto as mães que não tiveram a oportunidade de ver seus bebês, depois de mortos, quanto aquelas que tiveram a oportunidade, mas optaram por não os ver. De modo geral os profissionais de saúde não se consideram preparados para lidar com as questões relacionadas à morte, alegando que essas questões não são trabalhadas de forma adequada nos cursos de formação, ficando assim, prejudicada a assistência que é dada às mães. Assim, Silva (2002) afirmou que torna-se imprescindível que tais profissionais tenham uma compreensão mais clara do processo de luto, do impacto que esse processo tem sobre eles próprios, sobre a paciente e familiares. Nations (2008) apontou como resultados de sua pesquisa que apesar da baixa renda e da pouca escolaridade, as mães têm entendimento próprio sobre a morte precoce. As causas maiores são doenças infecto-contagiosas (37,9%) e deficiência do sistema e do profissional de saúde (24,1%). Nenhuma mãe atribuiu a fatalidade ao descuido, desapego ou negligência materna. Nesse ambiente de pobreza e de carência de recursos, argumenta-se que se existe “desprezo” é do sistema econômico, político e social injusto em que se vive e precariedade da saúde pública, ineficiente e desumana que violenta os direitos da mulher-cidadã. Estigmatizar essa mãe em luto como “negligente”, ou, pior, cúmplice na morte do filho, é o que a autora chama de violência interpretativa, que merece repulsa, pois culpa e desmoraliza injustamente a mãe-cuidadosa, nordestina ou não, pobre ou não. Nos estudos que focaram a gravidez subsequente à perda, os resultados apontaram formas encontradas pelas mães e sugeridas para elas por profissionais da área da saúde, para promover o estabelecimento de apego pré-natal com seus bebês, considerando a alta prevalência de ansiedade nessas situações (Côté-Arsenault & Donato, 2011; Côté-Arsenault & Freije, 2004; Gaudet, 2010; O’Leary, 2004; 2005). O fato de não haver apenas um aconselhamento por parte dos profissionais, pois as mães estão inseridas neste processo de promoção do estabelecimento do apego pré-natal, pode, por sua vez, evitar dificuldades de vinculação entre a mãe e o filho subsequente.

### 3.2 Análise dos itens sobre luto materno e a relação com o filho nascido após a perda

Dos 17 estudos analisados anteriormente, que tratam do luto materno, somente cinco referem a relação dos pais com o filho subsequente, isto é, aquele nascido depois da perda também de filho: um nacional (Vidal, 2010) e quatro internacionais (Hamama-Raz, Rosenfeld e Buchbinder, 2010; Pantke e Slade, 2006; Warland, O'Leary & McCutcheon, 2010; Warland, O'Leary, McCutcheon & Williamson, 2010). Os demais se referem à gravidez subsequente.

Apenas um estudo nacional abordou a relação entre mãe e filho subsequente à perda (Vidal, 2010). Nele, a autora procurou investigar a experiência emocional materna na gravidez e parto prematuro subsequente à perda perinatal. Assim, entrevistou uma mãe de um bebê prematuro com perdas anteriores após realizar o acompanhamento da dupla mãe-bebê durante a internação e seis meses após a alta hospitalar. A autora afirmou que mães que vivenciam um luto, chamado por ela de narcísico, apresentam um risco potencial de perturbações no vínculo afetivo com os bebês nascidos subsequentemente, pois seria encontrada uma espécie de culpa não consciente que dificulta a formação de um novo vínculo afetivo. A nova gravidez, inclusive, poderia se constituir como impedimento para a elaboração dessa culpa não consciente. A autora compreendeu, ainda, que o estado de humor materno em mães de bebês prematuros após a alta hospitalar caracteriza um trabalho de luto peculiar ligado à perda perinatal em sua relação com as síndromes do “bebê de substituição” e da “criança vulnerável”. Apontou, ainda, como resultado, as dificuldades de ingresso e interação mãe-bebê em ambiente doméstico após a alta hospitalar com o filho posterior à perda. A mesma autora verificou, também, a existência de um estado emocional de luto não reconhecido, pelo entorno, patológico, relacionado com as perdas perinatais anteriores da mãe, que não haviam sido elaboradas. Na situação estudada por esta autora, em que a mãe teve perdas perinatais anteriores que parecem não terem sido elaboradas, e volta para casa com um bebê prematuro, o luto pelas perdas parece estar influenciando esta nova relação que, por si só, já carrega outro luto, relacionado à prematuridade do bebê. Assim, parece mesmo improvável que a mãe consiga estabelecer uma relação saudável com o filho atual. Para que isto aconteça, se pressupõe que ela precisa, em primeiro lugar, elaborar todos estes lutos, pois só assim conseguirá se conectar emocionalmente ao seu bebê.

No estudo de Warland, O'Leary e McCutcheon (2010), os pesquisadores realizaram entrevistas semi-estruturadas com 10 crianças subsequentes (5 meninos e 5 meninas) a fim de realizar uma compreensão profunda da experiência de ser filho subsequente após morte perinatal. Os resultados do estudo sugerem que todos os participantes forneceram imagem de

bem-estar emocional e estavam cientes de sua história familiar e da dor e perda de seus pais. Apesar disso, não sentiam impacto negativo sobre eles; pelo contrário, consideravam-se especiais devido às circunstâncias de seu nascimento. Neste estudo, pode-se pressupor que os filhos subsequentes apresentem imagem de bem-estar emocional exatamente por estarem cientes de sua história e da dor e perda de seus pais. Assim, pode-se pensar que por tal parte fundamental de sua história não estar sendo tratada como segredo, como muitas vezes ocorre, pode contribuir para o desenvolvimento saudável apresentado por eles.

Já Warland, O’Leary, McCutcheon & Williamson (2010) realizaram um estudo exploratório qualitativo visando a uma compreensão profunda das experiências de pais em luto, nos anos seguintes a uma morte infantil. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada com uma amostra intencional de 13 pais enlutados (10 mães e três pais), os quais tinham acessado o serviço de apoio oferecido por agências de apoio ao luto. Os participantes da pesquisa foram convidados a descrever suas experiências em criar seus filhos subsequentes. As entrevistas foram realizadas quando o filho subsequente estava com três anos de idade. Os achados do estudo indicam que os pais descreveram um estilo parental “paradoxal”, isto é, estavam tentando exercer a parentalidade relativa ao filho subsequente usando duas opções diametralmente opostas insustentáveis: tentando manter seus filhos emocionalmente perto, mas ao mesmo tempo distantes. Os resultados deste estudo indicam que o impacto da perda de uma criança tem conseqüências de longo alcance sobre a parentalidade subsequente. Além disso, foi apontado que apoio e intervenção precoce no momento da morte fetal e gravidez subsequente provavelmente sejam benéficos. No entanto, mais pesquisas são necessárias para determinar a medida que a intervenção precoce pode alterar a tendência de pais enlutados adotarem um estilo parental paradoxal. O impacto deste estilo sobre a saúde mental e a saúde emocional e bem-estar do próximo filho nascido após perda perinatal também devem ser examinadas. Assim como o estudo citado anteriormente abordou a vivência da experiência de perda e nascimento posterior sob a ótica do filho subsequente, este estudo torna-se interessante também, pois ao ser realizado por alguns dos mesmos autores daquele, e por abordar a situação sob a perspectiva dos pais, proporciona um maior entendimento sobre o fenômeno, uma vez que dá a mesma importância às duas partes envolvidas na relação, sem priorizar apenas a vivência dos pais sobre a perda e a relação com o filho subsequente, ou apenas a experiência de ser filho subsequente, desconsiderando os pais nesta relação.

Hamama-Raz, Rosenfeld e Buchbinder (2010) realizaram um estudo qualitativo com o objetivo de examinar a experiência de pais que perderam seus filhos durante o serviço militar em Israel e decidiram ter um filho subsequente. Foram entrevistados sete casais e três mães. A

análise das entrevistas se deu pela abordagem fenomenológico-hermenêutica. Os achados do estudo apontam que o nascimento de outra criança, após a perda de um filho, dá um novo significado à vida dos pais. No entanto, em todas as entrevistas, os pais sustentaram que encontrar sentido e subsequente crescimento não significa uma ausência de dor ou de uma liberação do stress. Os pais tentaram fazer uma separação entre o significado e a dor, e usar o significado para lidar mais eficazmente com a sua dor e medos. Além disso, os pais entrevistados parecem apresentar receio em relação à carga de sombra do irmão falecido que a criança nascida após a perda pode carregar. Assim, parecem demonstrar consciência disso e tentam liberar o filho deste fardo, por meio de consulta com profissionais e diálogos consigo mesmos e seus parceiros, a fim de evitar situações prejudiciais, como a confusão de identidade entre o filho que morreu e a criança que nasceu. Este estudo contraria o que vem sendo apontado como resultados em situações vividas por crianças nascidas após a perda de um irmão, ou seja, a vivência de tentar superar as expectativas depositadas neles pelos pais enlutados (Vidal, 2010). Diferentemente do que apareceu em outros estudos, estes pais, ao tentarem liberar os filhos subsequentes da tarefa de se assemelharem aos irmãos mortos, podem contribuir para um desenvolvimento saudável dos filhos.

Em seu estudo, Pantke e Slade (2006) exploraram as sequelas em longo prazo das experiências de bem-estar psicológico e da qualidade percebida da parentalidade recebidos durante os primeiros 16 anos de vida dos participantes, adultos jovens, que tinham vivido a perda de um irmão. Um grupo de irmãos enlutados adultos jovens foi comparado a um grupo não-enlutado. Os participantes cujos irmãos morreram durante o período pós-natal perceberam seus pais como mais controladores do que aqueles cujos irmãos foram perdidos por meio de aborto, assim como o grupo de não enlutados. Níveis mais elevados de proteção e controle dos pais foram encontrados onde a criança nasceu após a perda. Neste estudo, chama atenção a faixa etária dos entrevistados, adultos jovens, diferentemente do estudo citado acima, em que foram entrevistadas crianças. Dessa forma, abordar esta situação mesmo tendo-se passado muitos anos, pode possibilitar a compreensão da repercussão desta vivência em longo prazo. Por tudo isso exposto, embora ainda pouco estudado, o tema do luto materno e filho subsequente vem despertando a atenção de estudiosos, sendo abordado a partir de diferentes aspectos, o que pode facilitar um maior entendimento sobre o tema.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre 2000 e 2010 houve produções nacionais abordando o luto materno. No entanto, embora não tenha passado muito tempo de 2010 até os dias atuais, a produção nacional parece ter estacionado, diferentemente da internacional, que tem artigos datados do ano corrente. Além disso, entre os estudos nacionais, apenas um abordou a relação com o filho subsequente. A partir disso, pode-se supor o difícil acesso a estas mulheres que perderam um filho e tiveram outro posteriormente, pois provavelmente devem existir mais do que somente aquela do referido estudo. Assim, parece haver um desencontro entre as mães enlutadas e os profissionais que trabalham com o tema da morte, como referido anteriormente em um estudo (Passaro & Gerardi, 2006). Dessa forma, o tema da morte continua sendo um tabu, pois parece muito difícil falar e escrever sobre o tema, principalmente quando se trata da perda de filho, dadas as poucas produções sobre ele.

Em se tratando dos filhos posteriores à perda, pode-se pressupor que o fato de serem filhos subsequentes a uma morte pode não estar sendo investigado devido aos próprios sujeitos não estarem cientes da mesma, sendo esta tratada como segredo familiar. Dessa maneira, é difícil trabalhar de forma adequada com estes sujeitos, tendo como embasamento apenas um estudo sobre esta população. Provavelmente alguns deles (pois nem todo filho subsequente apresenta necessariamente sintomatologia) podem estar apresentando sintomas que não estejam sendo vinculados ao fato de terem nascido após a morte de um irmão. Assim, ainda permanece difícil compreender como ocorre o desenvolvimento do filho subsequente, sabendo-se que o luto pode ser considerado fator de risco para a relação entre a mãe e o novo filho.

Já os estudos internacionais vem abordando mais a questão do filho subsequente à perda. Internacionalmente, grupos de apoio a enlutados parecem ser mais conhecidos socialmente do que em nível nacional. Além disso, os estudos internacionais selecionados mostraram trabalhos não só com mães, mas com casais, considerando o fato de que as relações conjugais podem ser afetadas após a perda de um filho. Pode-se perceber, ainda, a variação entre abordagem qualitativa e quantitativa nos estudos internacionais, enquanto nos nacionais predominou o uso da abordagem qualitativa. Ainda em relação aos estudos internacionais, parece haver uma continuidade quanto a estudos sobre o tema, considerando o número mais elevado de trabalhos comparados aos nacionais, bem como a atualização dos mesmos, com trabalhos datados, inclusive, do ano corrente. Assim, sugere-se adaptação de estudos internacionais à população brasileira, considerando as diferenças culturais. Mas para

que isso seja possível, deve haver um maior acesso à população estudada, ou seja, mães enlutadas e filhos subsequentes à perda. Embora o luto materno seja um tema delicado de se tratar de forma quantitativa, uma vez que a vivência de luto é singular, torna-se fundamental fazê-lo para possibilitar o acesso a um número significativo de pessoas que possam se beneficiar de um tratamento qualitativo posteriormente, tanto mães quanto filhos subsequentes.

Estudos sobre luto materno, embora poucos, vêm apresentando um crescimento, mesmo que lento. No entanto, estudos que enfocam o luto materno e a relação com o filho subsequente ainda são escassos. Tais estudos são de fundamental importância, à medida que o luto materno pode ser visto como fator de risco na relação entre a mãe e o bebê subsequente, pois a mãe pode não estar disponível emocionalmente para o seu novo bebê. Para tanto, são necessários mais estudos sobre o tema para que se possa planejar estratégias de intervenção que previnam distúrbios no vínculo entre a mãe e o filho subsequente, uma vez que a ligação afetiva entre mãe e bebê é imprescindível para sua formação psicológica e emocional e é desse relacionamento que se estabelece o modelo para todas as relações posteriores.

## REFERÊNCIAS<sup>2</sup>

Bowlby, J. (1998) *Perda: tristeza e depressão* (2ª edição) (V. Dutra, Trans). São Paulo, Brasil. Martins Fontes. (Original publicado em 1982).

Brazelton, T. B & Cramer, B. G. (1992) *As Primeiras Relações*. São Paulo: Martins Fontes.

Bromberg, M. H. (1994). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. São Paulo, Brasil: Psy II.

Bromberg, M.H. (1998). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. São Paulo, Brasil: Psy II

Casellato, G. (2002) Luto pela perda de um filho: a recuperação possível diante do pior tipo de perda. Em Franco, M. H. P. (Org.). *Uma jornada sobre o luto: a morte e luto sob diferentes olhares*. (pp. 11-21). São Paulo, Brasil: Livro Pleno.

---

<sup>2</sup> Os artigos analisados nesta revisão sistemática estão assinalados com um \* na lista de referências



Castro, L. P. (2006) *Morte prematura de um filho: reflexões acerca dos fatores de promoção de resiliência das famílias enlutadas*. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização (Especialização em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

\*Corbellini, S. (2001) *O Luto de Mães de Mortes Trágicas*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

\*Côté-Arsenault, D. & Donato, K. (2011) Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29 (1), pp. 81–92

\*Côté-Araenault, D. & Freije, M.M (2004) Support Groups Helping Women Through Pregnancies After Loss. *Western Journal of Nursing Research*, 26(6), pp. 650-670.

Creswell, J. W. (2010) *Projeto de pesquisa – Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.

Delalibera, M. A (2010) *Adaptação e Validação Portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado – Prolonged Grief Disorder (PG-13)*. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos). Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Portugal.

Fraser, M.T.D. & Gondim, S.M.G. (2004) Da Fala do Outro ao Texto Negociado: Discussões sobre a Entrevista na Pesquisa Qualitativa. *Paidéia*, 14 (28), pp.139 -152.

\*Freitas, N. K.(1997) *O luto materno pela perda de um filho: um estudo do processo do luto durante a psicoterapia breve*. Tese de Doutorado em Psicologia, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Freud, S. (1969) *Luto e Melancolia* (M.A.M. Rego, Trans). Em J. Salomão (Ed.) — Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud (Vol. 14, pp.157-68). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original publicado em 1917).

\*Gaudet, C. (2010) Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (3), pp. 240–251

\*Hamama-Raz, Y.; Rosenfeld, S.; Buchbinder, E. (2010) Giving birth to life—again!:

bereaved parents' experiences with children born following the death of an adult son. *Death Studies*, 34, pp. 381-403.

Hughes, P. M.; Turton, P.; Evans, C.D.H. (1999, june) Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ*, 318 (7200).

\*Iaconelli, V. (2007) Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de Bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), pp. 614-623.

Klaus, M. H. & Kennel, J. (1993) *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Kübler-Ross, E. (2005) *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

\*Maldaner, E. B. & Vivacqua, Q. C. R. (2009) Luto Materno: A Dor de uma Vida Não Vivida. *Pensando Famílias*, 13(1), pp. 75-91.

Maldonado, M. T. (1989) *Maternidade e Paternidade* (vol. 2). Rio de Janeiro, Brasil: Vozes.

\*Nations, M.K (2008) Infant death and interpretive violence in Northeast Brazil: taking bereaved Cearense mothers' narratives to heart *Caderno de Saúde Pública*, (Rio de Janeiro), 24(10), pp. 2239-2248.

\*O'Leary, J. (2004) Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), pp. 7-18.

\*O'Leary, J. (2005) The trauma of ultrasound during a pregnancy following a perinatal loss. *Journal of Loss and Trauma*, 10 (2), pp. 183-204

\*Pantke, R. & Slade, P. (2006) Remembered parenting style and psychological well-being in young adults whose parents had experienced early child loss. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(1), pp. 69-81

Parkes, C. M. (1998) *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta* (M. H. F.Bromberg, Trans). São Paulo, Brasil: Summus.

\*Passaro, B.M. & Gerardi, C.B. (2006) *Como eu vivo é a maior homenagem para meu filho...* Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Psicologia. Universidade São Marcos, São Paulo, Brasil.

Savage, J. A. (1989) *Vidas não vividas: o sentido psicológico da perda simbólica e da perda real na morte de um filho*. São Paulo, Brasil: Cultrix.

\*Silva, M. T. M. (2002) *Perda perinatal: cuidados assistenciais e suas repercussões no luto materno*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Stryckman, N. (2000) O desejo de filho no homem e na mulher. *Revista Psicanálise e Clínica de Bebês*, 4, pp. 91-107 – Publicação Interna.

Vidal, M. (2008) Sobre a gravidez subsequente à morte perinatal - a síndrome da criança de substituição. *Psicologia da América Latina*, 13, México, pp 0-0.

\*Vidal, M. (2010) Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 2): 3185-3190.

Walsh, F. (2005) *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo, Brasil: Roca.

Walsh, F., & McGoldrick, M. (1998). *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

\*Warland, J.; O'Leary, J. & McCutcheon, H. (2010) Born after infant loss: The experiences of subsequent children. *Midwifery*, 27(5), pp. 628-33.

\*Warland, J., O'Leary, J., McCutcheon, H. & Williamson, V. (2010) Parenting paradox: Parenting after infant loss. *Midwifery*, 27(5), pp. e163-e169.

Winnicott, D. (2000). Preocupação materna primária. Em: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise – Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, pp.399-405. (Original publicado em 1956).

Worden, J. W. (1998). *Terapia do luto – um manual para o profissional de saúde mental*. (2ª edição). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

## ANEXO

Tabela 3: Características dos estudos empíricos revisados

<i>Autor(es)</i>	<i>Ano</i>	<i>Título</i>	<i>País de Origem</i>	<i>Objetivos do estudo</i>	<i>Delineamento</i>	<i>Instrumentos</i>	<i>Participantes</i>	<i>Tipo de perda</i>	<i>Principais resultados</i>
Corbelilni	2001	O luto de mães de mortes trágicas	Brasil	Realizar um estudo das manifestações de luto em mães que perderam seu filho de forma trágica por morte, analisar os agravantes do luto, nos casos de perda de um filho desta maneira e avaliar como se processa o luto nessas mães.	Qualitativo	Entrevista semi-estruturada	4	Morte trágica (adulto jovem)	Pontos comuns no trabalho de luto dessas mães: o choque, a negação, o sentimento de impotência, a injustiça, a revolta, dificuldades para aceitar a realidade, sofrimento intenso, desejo de morte (visto como um reencontro com o filho morto), bem como uma busca contínua de apoio. Além disso, observou-se aspectos específicos no trabalho de luto de cada mãe de acordo com a sua história de vida e sua subjetividade.
Côté-Arsenault & Donato	2011	Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss	EUA	Descrever a gama e prevalência de amortecimento emocional, para comparar relatórios pré e pós-natal de amortecimento emocional, e verificar as relações entre amortecimento	Misto	Escala e entrevista semi-estruturada	63	Perinatal	A maioria das mulheres (58,7%) relatou algum amortecimento emocional. Questões emocionais de amortecimento foram significativamente e

				emocional gravidez e ansiedade pré-e pós- natal					positivamente correlacionada com a ansiedade da gravidez.
Côté- Arsenault & Freije	2004	Support Groups Helping Women Through Pregnancies after Loss	EUA	Explorar grupos de apoio de gravidez após perda	Misto	Observação participante das reuniões, entrevistas individuais, questionário. Outros recursos como cartas, manuais e vídeos também foram analisados	2 grupos de tratamento (maioria mulheres)	aborto, interrupção espontânea em decorrência de defeito genético, natimorto ou morte neonatal.	Os grupos ajudaram os membros a reconhecerem suas semelhanças, terem sua dor pela perda reconhecida, desenvolver relacionamentos afetivos, e aprender novas habilidades de enfrentamento, bem como relacionar-se melhor com seus bebês atuais.
Freitas	1997	O luto materno pela perda de um filho: um estudo do processo do luto durante a psicoterapia breve	Brasil	Analisar as reações e sentimentos de mães enlutadas, diante da perda, por morte, de um filho adulto jovem.	Qualitativo	Entrevista semi- estruturada	6	Por doença grave, repentina e fatal (adulto jovem)	O narcisismo é uma causa de complicações no trabalho de luto pelo fato de o filho morto representar uma extensão do próprio ego. Outros aspectos observados, que influenciam na elaboração do luto, são a dependência nas relações mãe- filho, os antecedentes históricos da mãe, variáveis pessoais e de personalidade como sexo, idade,

									inibição de sentimentos, ansiedade e tipo de enfrentamento diante de situações estressantes da vida passada e da perda presente, inabilidade para tolerar situações aflitivas e autoestima, fatores esses que podem dificultar o trabalho de luto. Outros complicadores do luto, são ainda, uma perda parental recente e a existência de uma relação ambivalente com a própria mãe, seu primeiro objeto de amor.
Gaudet	2010	Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment	França	Explorar a experiência psicológica da gravidez após uma perda anterior perinatal e trazer à luz os fatores de risco de sofrimento psicológico e transtornos em instituir apego pré-natal com a criança subsequente.	Quase experimental	Questionários	1 grupo de tratamento e 1 grupo controle	Perinatal	As mulheres que sofreram de perda perinatal relataram significativamente escores mais elevados de tristeza e sintomas de ansiedade e depressão em relação ao grupo controle. Essas variáveis foram preditores significativos de apego pré-natal

Hamama-Raz, Rosenfeld & Buchbinder	2010	Giving birth to life—again!: bereaved Parents' experiences with children born Following the death of an adult son.	Israel	Examinar as experiências de pais que perderam um filho durante o serviço militar em Israel e, conseqüentemente, escolheram dar luz a outra criança	Qualitativo	Entrevista semi-estruturada	7 casais e 3 mães	Morte trágica (serviço militar)	Diminuição na depressão e luto entre os pais que tiveram filho após a morte de outro, em comparação com aqueles que não o fizeram. No entanto, em todas as entrevistas, os pais sustentaram que encontrar sentido e subsequente crescimento não significa uma ausência de dor ou de uma liberação do stress. Os pais tentaram fazer uma separação entre o significado e a dor, e usar o significado para lidar mais eficazmente com a sua dor e medos. De certa forma, este significado reúne duas diferentes, talvez contraditórias, experiências emocionais. No entanto, o seu efeito é de uma experiência profundamente significativo que
------------------------------------	------	--	--------	--	-------------	-----------------------------	-------------------	---------------------------------	--



									contribui para a capacidade dos pais para lidar com a vida.
Maldaner & Vivacqua	2009	Luto Materno: A Dor de uma Vida Não Vivida	Brasil	Verificar os sentimentos gerados nas mães diante da morte de um filho no primeiro ano de vida	Qualitativo	Entrevista semi-estruturada	3	Perinatal	Negação dos sentimentos, sentimentos de raiva, de impotência, de vazio, de culpa, de morte e desesperança. Sentimentos ambivalentes foram manifestados pelas mães, diante do desejo de ter o filho e a manifestação da necessidade de passar por esta perda, pois acreditam que nada acontece por acaso. A relação conjugal e as expectativas das mães em relação ao filho perdido interferem na qualidade dos sentimentos e na elaboração do luto dessas mães, havendo a necessidade de uma reorganização no sistema familiar. As redes sociais de apoio são importantes para a

									elaboração do luto materno.
Nations	2008	Infant death and interpretative violence in Northeast Brazil: taking bereaved Cearense mother's narratives to heart	Brasil	Investigar a etnoetologia de óbitos infantis evitáveis na óptica da mãe em luto no Nordeste brasileiro	Qualitativo	Entrevistas etnográficas	316	Infantil	Apesar da baixa renda e da pouca escolaridade, as mães têm entendimento próprio sobre a morte precoce. As causas maiores são doenças infecto-contagiosas (37,9%) e deficiência do sistema e do profissional de saúde (24,1%). Nenhuma mãe atribui a fatalidade ao descuido, desapego ou negligência materna. Nesse ambiente de pobreza e de carência de recursos, argumenta-se que se existe "desprezo" é do sistema econômico, político e social injusto em que se vive e precariedade da saúde pública, ineficiente e desumana que violenta os direitos da mulher-cidadã.

									Estigmatizar essa mãe em luto como “negligente”, ou, pior, cúmplice na morte do filho, é violência interpretativa que merece repulsa, pois culpa e desmoraliza injustamente a mãe-cuidadosa, nordestina ou não, pobre ou não.
O’Leary	2005	The trauma of ultrasound during a pregnancy following perinatal loss	EUA	Explorar a forma como a dor e os sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) são revividos durante o exame de ultra-som após perda perinatal.	Qualitativo	Entrevista semi-estruturada	20 mães e 9 pais	Perinatal	A pesquisa e depoimentos de mães e pais mostram como é imperativo que os prestadores de cuidados de saúde considerem os sintomas de TEPT um fenômeno normal sob estas circunstâncias. Além disso, é essencial que os pais devam estar preparados para lembranças que podem ressurgir durante este tempo. Ficar no presente, enquanto estar consciente sobre traumas do passado ajuda a focar

									na gravidez atual e diminuiu o risco de TEPT.
Pantke & Slade	2006	Remembered parenting style and psychological well-being in young adults whose parents had experienced early child loss	Reino Unido	Explorar as sequelas em longo prazo das experiências de bem-estar psicológico e da qualidade percebida da parentalidade recebidos durante os primeiros 16 anos de vida dos participantes, adultos jovens, que tinham vivido a perda de um irmão	Quase-experimental	Escalas	1 grupo de tratamento e 1 grupo controle	Infantil	Os participantes cujos irmãos morreram durante o período peri /pós-natal perceberam seus pais como mais controladores do que aqueles cujos irmãos foram perdidos por meio de aborto, assim como o grupo de não enlutados. Escores mais altos de proteção eram evidentes entre os nascidos após a perda do que aqueles que nasceram antes.

									Níveis mais elevados de proteção dos pais /controle foram encontrados onde a criança nasceu após a perda e para perda peri /pós-natal em vez de aborto.
Passaro e Gerardi	2006	Como eu vivo é a maior homenagem para meu filho...	Brasil	Realizar uma compreensão, a partir da perspectiva fenomenológica, da vivência da mãe de perda de um filho, além de um entendimento sobre seus sentimentos e significado da experiência de perda.	Qualitativo	Entrevista semi-estruturada	1	Acidente (adulto jovem)	Para essa mãe a vida ganhou um novo sentido, ela vive por amor ao seu filho, e, esse amor trouxe a necessidade de compartilhar a sua experiência com outras mães, levando-a a escrever um livro. Ela encontrou na religião apoio para aliviar seu medo e sua dor. Sentiu o despreparo da sociedade em lidar com a perda e também a dificuldade em encontrar mais profissionais que lidem com esta questão.
Silva	2002	Perda perinatal: cuidados assistenciais e suas repercussões no luto materno	Brasil	Investigar os cuidados assistenciais de uma equipe de saúde à mãe que perdeu seu	Misto	Questionário com perguntas abertas e fechadas aplicado às	10 mães com experiência de perda perinatal e 40 profissionais da	Perinatal	Há consenso geral entre as mães e os profissionais de que a notícia da morte do bebê deve ser

				bebê, e suas repercussões no luto materno		mães e aos profissionais. Entrevista semi-estruturada, com as mães e um profissional de cada especialidade: uma obstetra, uma pediatra, uma enfermeira e uma psicóloga	área de saúde (10 obstetras, 10 pediatras, 10 enfermeiras e 10 psicólogas).		dada logo após o acontecido, salvo nos casos em que a mãe não esteja bem de saúde. Foi constatado, ainda, sentimento de arrependimento que surge, e as dificuldades que enfrentam tanto as mães que não tiveram a oportunidade de ver seus bebês, depois de mortos, quanto aquelas que tiveram a oportunidade, mas optaram por não os ver. De modo geral os profissionais de saúde não se consideram preparados para lidar com as questões relacionadas à morte, alegando que essas questões não são trabalhadas de forma adequada nos cursos de formação, ficando assim, prejudicada a assistência que é dada às mães. Assim, torna-se imprescindível que tais profissionais
--	--	--	--	---	--	---	---	--	---

									tenham uma compreensão mais clara do processo de luto, do impacto que esse processo tem sobre eles próprios, sobre a paciente e familiares.
Vidal	2010	Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente	Brasil	Investigar a experiência emocional materna na gravidez e parto prematuro subsequente à perda perinatal,	Qualitativo	Entrevista semi-estruturada e observação	1	Perinatal	Características da “síndrome da criança de substituição” e “síndrome da criança vulnerável”. Estado emocional de luto patológico, relacionado com as perdas perinatais anteriores que não haviam sido elaboradas.
Warland, J.; O'Leary, J. & McCutcheon, H	2010	Born after infant loss: The experiences of subsequent children	EUA	Realizar uma compreensão profunda da experiência de ser filho subsequente após morte perinatal	Qualitativo	Entrevistas semi-estruturadas	10 crianças subsequentes (5 meninas e 5 meninos)	Morte infantil	Todos os participantes forneceram imagem de bem-estar emocional e estavam cientes de sua história familiar e da dor e perda de seus pais. Apesar disso, não sentiam impacto negativo sobre eles; pelo contrário, consideravam-se especiais devido às circunstâncias de

									seu nascimento.
Warland, O'Leary, McCutcheon & Williamson	2010	Parenting paradox: Parenting after infant loss	EUA	Realizar uma compreensão profunda das experiências de pais em luto, nos anos seguintes a uma morte infantil.	Qualitativo	Entrevista semi- estruturada	10 mães e 3 pais	Morte fetal, neonatal, síndrome da morte súbita infantil ou morte acidental na infância (menores de dois anos de idade).	Os pais descreveram um estilo parental "paradoxal", isto é, estavam tentando exercer a parentalidade relativa ao filho subsequente usando duas opções diametralmente opostas insustentáveis: tentando manter seus filhos emocionalmente perto, mas ao mesmo tempo distantes



## SEÇÃO 2 – ARTIGO EMPÍRICO

### VIVÊNCIA DA MATERNIDADE E DA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DO LUTO MATERNO

**RESUMO** – Levando em consideração a importância e intensidade das relações iniciais entre mãe e filho para o desenvolvimento saudável de um bebê, é necessário refletir sobre elas quando um acontecimento como o luto por perda se interpõe no processo de tornar-se mãe. Assim, o objetivo deste estudo foi investigar de que forma a mãe vivencia a nova maternidade após a perda de um filho e compreender como essa vivência pode repercutir na relação com o novo bebê na primeira metade do primeiro ano de vida do mesmo. Participaram quatro mães de bebês de até seis meses de idade, de 20 a 38 anos, com histórico de perda anterior de um filho, independente da idade e do tempo decorrido da perda. Com o delineamento de estudos de casos múltiplos, buscou-se compreender cada caso, as semelhanças e particularidades entre eles. Foram utilizados para a coleta dos dados o Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13), entrevistas semi-estruturadas sobre o luto materno e sobre a vivência da maternidade atual, bem como notas de campo e observação da interação mãe-bebê. Os resultados apontam para uma possível repercussão da perda anterior do filho na relação com o filho subsequente por meio da dificuldade de vinculação com os filhos atuais.

Palavras-chave – luto materno, maternidade, filho subsequente, relação mãe-bebê.

**ABSTRACT** - Whereas the first relations between mother and son are alone, deep and fundamental in the development of a healthy baby, it is imperative to reflect on them when an event like the mourning for this loss stands typical process of becoming a mother. The objective of this study was to investigate how the mother experiences the new maternity after the loss of a child and understand how this experience may influence the relationship with the new baby in the first half of the first year of life the same. The participants were four mothers of babies up to six months of age, 20 to 38 years, with a history of previous loss of a child, regardless of age and elapsed time of loss. With the delineation of multiple case studies, we sought to understand each case, the similarities between them and particularities. Were used to collect data from the Assessment Instrument Prolonged Grief Disorder (PG-13), semi-structured interviews about the grieving mother and the current experience of motherhood, as well as field notes and observation of mother-infant interaction. The results point to a possible

impact of the loss of his son earlier in the relationship with the child through the subsequent difficulty in attachment with the children present.

Keywords - maternal bereavement, maternity, child subsequent mother-infant relationship.

## 1.INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, a maternidade tem sido construída como o ideal máximo a ser alcançado pela mulher, sinônimo da plenitude e realização da feminilidade, imprescindível à constituição da mesma (Braga & Amazonas, 2005). Diante disso, em nossa cultura, mantém-se a idealização do papel materno, pois há a expectativa de que o ideal social de ser mãe seja mantido pelas mulheres, que acabam confirmando este lugar a elas imposto pela sociedade (Motta, 2008). Dessa forma, segundo o entorno social, para ser uma verdadeira mulher, é preciso ter filhos (Borsa & Feil, 2008) e a falta da maternidade, por sua vez, é percebida como uma falha que envolve tal identidade (Motta, 2008).

A transformação da mulher em mãe é vivenciada de forma única por cada mulher (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennel, 1993; Raphael-Leff, 1997; Soifer, 1992) e pode ser influenciada por inúmeros fatores, tais como a relação conjugal, aspectos transgeracionais, apoio social, outros filhos, a história de vida dessa mulher, bem como a história de uma gestação anterior (Maldonado, 2002; Szejer & Stewart, 1997). Para Brazelton e Cramer (1992), a gravidez de uma mulher reflete toda a sua vida anterior à concepção. Suas relações com os pais, sua vivência no triângulo edipiano, os fatores que a levaram, ou não, à adaptação dessa situação, repercutirão no ajustamento ao novo papel. Certas necessidades trazidas da infância e da adolescência influenciam o desejo da gravidez e de adaptar-se à condição de grávida (Brazelton & Cramer, 1992). O processo da constituição da maternidade é, então, bem anterior à concepção, podendo ser percebido já na infância por meio das primeiras identificações e relações da mulher, das brincadeiras infantis, passando pela adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita (Aragão, 2006; Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennel, 1993; Stern, 1997; Szejer & Stewart, 1997).

Momentos como a gravidez, o parto e o puerpério fazem parte do processo de tornar-se mãe e são importantes para fortalecer a relação entre a mãe e o seu bebê (Brazelton & Cramer, 1992; Caron, 2000; Piccinini et al., 2008; Soifer, 1992; Szejer & Stewart, 1997). Assim, a gravidez é um período em que ocorrem significativas alterações biológicas,

psicológicas e socioculturais (Caron, 2000; Filho, 1997; Piccinini et al., 2008; Tedesco, 1997), as quais intervêm no psiquismo da mulher e nas demais relações sociais da gestante. A maneira como ela vivencia estas modificações reflete profundamente na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê (Piccinini et al., 2008).

O período da gestação é geralmente permeado de dúvidas, receios e ambivalências concernentes à criança esperada (Brazelton & Cramer, 1992), e é neste momento que estão presentes fortes sentimentos de insegurança, ansiedade e medo perante o desconhecido (Iaconelli, 2007; Riechelmann, 1997). Contrastando estes sentimentos, está a fantasia da criança perfeita. Assim, quando chegar a hora do nascimento, o bebê será a confirmação daquilo que a mãe tanto espera, ou seja, de que ela é capaz de procriar, já que seu corpo funciona perfeitamente, certificando-a de que seus ideais e esperanças não alcançados serão enfim atendidos (Brazelton & Cramer, 1992).

O parto, assim como a gravidez e o puerpério, constitui uma etapa importante do processo de tornar-se mãe (Lopes, Donelli, Lima & Piccinini, 2005) e da mesma forma que a gravidez, pode ser encarado como um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças significativas e envolve diversos níveis de simbolização (Maldonado, 2002). É, também, vivenciado como o momento de maior ansiedade, fantasias e expectativas (Maldonado, 2002), bem como pode repercutir na experiência da maternidade (Brazelton & Cramer, 1992; Soifer, 1992; Szejer & Stewart, 1997).

No período pós-parto, a mãe precisa se adaptar a uma nova realidade, uma vez que o nascimento do bebê inaugura definitiva e concretamente a maternidade, e é a partir dele que se inicia o puerpério com suas características e maior vulnerabilidade do ponto de vista emocional, devido ao acúmulo e conjunção de fatores também orgânicos, psicológicos e sociais (Filho, 1997). À época do nascimento, espera-se que a mãe já tenha tido tempo suficiente para preparar-se para o choque da separação anatômica, para a adaptação de um bebê em particular e para um novo relacionamento que combinará suas próprias necessidades e fantasias às de outro ser (Brazelton & Cramer, 1992).

Brazelton e Cramer (1992) também afirmam que após o nascimento do filho, a mãe possui tarefas importantes a cumprir, as quais acarretam uma imensa revolução psicológica: aceitar o fim abrupto do sentimento de fusão com o feto e das fantasias de completude e onipotência acalentadas durante a gravidez; adaptar-se a um novo ser que produz sentimentos de estranheza; fazer o luto da criança imaginária (perfeita) e adaptar-se às características específicas de seu bebê; suportar o medo de ferir a criança indefesa, bem como aprender a

tolerar e apreciar todas as exigências causadas pela total dependência do bebê (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 2002).

É importante ressaltar, ainda, que o puerpério, situação de delimitação entre o perdido (a gravidez) e o adquirido (o filho), é uma época crucial para a consolidação do vínculo entre a mãe e o bebê (Maldonado, 2002; Soifer, 1992). Assim, desde as primeiras semanas de vida, a composição básica do relacionamento materno-filial já pode ser percebida, tornando-se possível prognosticar suas principais características futuras (Maldonado, 2002).

### **1.1 Luto Materno e Relação Mãe-Bebê**

Para Kübler-Ross (1998), o indivíduo, enquanto ser racional, não está preparado para a morte, não aceita a finitude. Nesse contexto, quando ocorre uma perda, responde com o luto, dele e da família, que se estende por longo tempo, até mesmo por gerações (Parkes, 1998). Porém, observa-se uma tendência na sociedade, na família e entre os amigos, de se estabelecer um tempo determinado para duração do luto (Silva, 2002). Conforme esta autora, existe a consciência de que a pessoa enlutada tem condições de superar esta experiência sem ficar marcas, mesmo que a na maioria dos casos o luto dure mais tempo do que deveria ocorrer no entender da sociedade.

Freud (1915/1969) considera o luto um processo natural após uma perda, não podendo ser tratado como patológico, pois, embora o indivíduo enlutado apresente algumas dificuldades no seu dia a dia, dispensa tratamento médico. A superação da perda é um processo lento e doloroso, porém necessário, para que o ego se liberte e se revigore outra vez.

Para Worden (1998), independentemente do tempo, o luto é superado quando o indivíduo completa as seguintes tarefas: I - aceitar a realidade da perda; II - elaborar a dor da perda; III - ajustar-se ao ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu e IV - reposicionar, em termos emocionais, a pessoa falecida e dar continuidade à vida. Ainda, pode-se perceber a resolução do luto quando o indivíduo é capaz de lembrar e falar do ente perdido sem a presença da dor, numa demonstração de superação do luto. Contudo, conforme este autor, se as tarefas não foram completadas, poderá se constatar o luto não resolvido, entendido como patológico, crônico, retardado, complicado ou exagerado. A principal característica desse luto, independente da nomenclatura, é a intensidade e a duração das reações, e não apenas o fato de um comportamento estar presente ou ausente.

Bandinter (1985) afirma que a morte de um filho deixa marca permanente na mãe, tornando-se irreparável, ainda que seja sucedida de outras gravidezes e do nascimento de

outros filhos. Assim, o luto de pais e mães é considerado crônico (Castro, 2006). A intensidade do sofrimento tende a diminuir com o passar do tempo, mas continua, com a sensação de perda de parte de si mesmo. Alguns autores (Casellato, 2002; Parkes, 1998; Walsh, 2005) veem o processo de luto pela perda de um filho como eterno. Pretendendo investigar a experiência emocional maternal na gravidez e parto prematuro subsequente à perda perinatal (Vidal, 2008), em entrevista com uma mãe de bebê prematuro com perdas anteriores, constatou a existência de uma relação narcísica entre a genitora e os bebês mortos, como se eles fossem uma extensão sua e não como seres diferenciados.

Algumas mães, após vivenciarem a perda de um filho, decidem engravidar logo após a morte deste, sem que o luto, frequentemente, tenha sido elaborado: são os casos de gravidez substitutiva (Bromberg, 1994, 1998; Castro, 2006; Maldonado, 1989; Silva, 2002; Stryckman, 2000; Worden, 1998), ou “criança substituta” (Brazelton & Cramer, 1992), ou ainda “substituições apressadas” conforme termo sugerido por Bowlby (1998). Afirma este autor que o vínculo da mãe com o bebê substituto se sujeita ao risco de ser prejudicado desde o início, em vista de o luto pela perda não estar completo, de modo que o novo filho pode ser visto como o retorno daquele perdido, não apenas como seu substituto, dificultando a completude do luto pela perda ocorrida e podendo prejudicar a ligação afetiva com o filho recém-nascido (Castro, 2006; Stryckmann, 2000).

O sofrimento pela perda ocasiona mudanças e ajustamentos e pode se transformar em oportunidade de crescimento e de amadurecimento. Associar o sentido das perdas simbólicas com a aceitação da perda real aumenta a capacidade de se apegar novamente, amenizando o sentimento causado pela separação. Dessa forma, transforma-se o sentimento de angústia em fortalecimento da personalidade e aprofundamento na experiência de vida de uma pessoa (Savage, 1989; Silva, 2002).

Daí a importância de se permitir aos pais tempo para superar a perda conforme Bowlby (1998), um ano ou mais, para que a relação com novo bebê não seja prejudicada pela necessidade de substituição ou mesmo por possíveis dificuldades de afetividade com o recém-nascido. Distinguindo a lembrança do filho morto com outro que venha ter. Achados em estudos de Hsu, Tseng e Kuo (2002), obtidos a partir da vivência de 20 mulheres taiwanesas que deram à luz natimortos, sugerem nova gestação logo após a perda, como forma de elaboração do luto.

Considerando que as primeiras relações entre mãe e filho são, por si só, intensas e fundamentais no desenvolvimento saudável de um bebê, torna-se imperativo refletir sobre elas quando um acontecimento como o luto por perda se interpõe nesse processo típico de

tornar-se mãe. Desde o nascimento, o bebê necessita de um outro para satisfazer suas necessidades básicas. A ligação afetiva entre mãe e bebê é imprescindível para sua formação psicológica e emocional e é desse relacionamento que se estabelece o modelo para todas as relações posteriores (Bowlby, 1998; Caron, 2000; Spitz, 1978/1996).

Nesse sentido, o convívio e a disponibilidade da mãe para com seu filho são a base para a construção e consolidação do vínculo afetivo da díade, ou seja, o vínculo não se estabelece a partir do instinto materno ou dos laços de sangue (Maldonado, 1989), mas tem início desde a percepção da gravidez, durante o período pré-natal, se consolidando a partir das expectativas que os pais têm sobre o bebê e da interação que estabelecem com ele (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennel, 1993; Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Szejer e Stewart (1997) afirmam que os “ditos” e “não ditos” anteriores ao nascimento e à concepção do bebê são elementos que permitem a sua estruturação psíquica, e, ainda, provocam repercussões para o psiquismo do bebê e para a relação entre a dupla.

Klaus e Kennel (1993) referem a existência de um período sensitivo materno, que ocorre no período pós-parto, e no qual interações complexas e constantes entre a mãe e o bebê facilitam a vinculação da dupla, consolidando seus laços afetivos. Winnicott (2000), por sua vez, descreveu a preocupação materna primária, um período de intensa sensibilidade da mãe, após o nascimento do bebê, no qual ela o auxilia na sua constituição principalmente através do holding, quando é continente com o bebê e do handling, quando faz o manejo do bebê em seus cuidados. O autor afirmava que, se não fosse pela gravidez, esse estado seria considerado uma doença, algo como um episódio esquizóide. Ele argumentava, ainda, que uma mãe precisa ser saudável tanto para desenvolver esse estado de Preocupação Materna Primária quanto para se recuperar dele, na medida em que a criança vai se desenvolvendo e adquirindo condições de lidar por si própria com as demandas ambientais. No entanto, caso o bebê morra, a mãe corre um risco concreto de ficar doente (Iaconelli, 2007).

No pós-parto, a mulher entra em um período que tem como característica inseri-la em um novo modo de funcionamento mental, nomeado por Cramer e Palacio-Espasa (1993) como nova tópica, no qual a chegada do bebê adquire caráter perturbador e provoca uma reorganização psíquica dos pais. Assim, a principal questão do pós-parto é a inserção do bebê na organização psíquica da mãe e do pai, em que investimentos narcísicos e pulsionais da mãe, até então conservados em seu espaço intrapsíquico, irão se distribuir no espaço interpessoal da relação com a criança real e fantasística (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Nesse mesmo sentido, Lebovici (1987) refere que, num primeiro momento, a mulher deve reelaborar o luto de seu estado de gestação e do filho imaginário, perfeito, ideal e, em seguida,

realizar um investimento no bebê, reservar um espaço no seu psiquismo ao recém-nascido. Assim, para esse autor, essa reorganização psíquica das horas seguintes ao parto pode proporcionar reestruturação da vida mental da mãe, incluindo o bebê em sua organização e sua dinâmica ou deixando-o mais ou menos fora desta reestruturação.

Conforme Brazelton e Cramer (1992), os nove meses de vida intra-uterina preparam os bebês para o ambiente externo e os sinais maternos que recebem no útero moldam suas respostas e os preparam para responder aos ritmos e sinais da mãe após o parto. Ou seja, para tais autores, existe uma influência mútua em que cada membro age sobre e molda o outro, mas é também moldado pelo outro. Além disso, todas as diferenças individuais dos bebês afetam os pais, cujas histórias e fantasias determinam sua capacidade de serem moldados e de responderem (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 2002). Assim, o bebê estimula comportamentos na mãe que são atraentes para ambos e que, por sua vez, instiga comportamentos no filho que são recompensadores para ela. Vale lembrar que, durante o período pós-parto inicial, a mãe é dotada de uma extraordinária sensibilidade que a torna receptiva ao aprendizado sobre seu bebê (Klaus & Kennel, 1993). Portanto, após o nascimento, a consolidação da relação mãe-bebê pode ser observada através da interação entre mãe e filho, sendo esta um dos aspectos da relação mãe-bebê que pode auxiliar na compreensão da ligação afetiva entre a dupla.

## **1.2 Justificativa e objetivos do estudo**

Sabe-se que os momentos iniciais de vida de um bebê são caracterizados por ser uma fase de dependência absoluta, pois “se não há uma mãe capaz de se conectar com seu bebê, este acaba por não integrar-se, tornando-se apenas um corpo com partes soltas” (Winnicott, 2000, p. 404), um risco corrido pelo filho que nasce após a morte de um irmão. Através da revisão da literatura, pode-se supor que uma mãe enlutada apresenta sérias dificuldades em oferecer um ambiente adequado ao novo bebê, uma vez que se encontra emocionalmente fragilizada, e, portanto, pode não estar disponível ao seu filho, o que repercutirá negativamente nessa nova relação entre a mãe e este filho nascido subsequente à perda (Bowlby, 1998; Castro, 2006; Hughes, Turton & Evans, 1999; Stryckman, 2000; Vidal, 2008, 2010; Warland, O’Leary, McCutcheon & Williamson, 2010).

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é investigar de que forma a mãe vivencia a nova maternidade após a perda de um filho e compreender como essa vivência pode

repercutir na relação com o novo bebê na primeira metade do primeiro ano de vida do mesmo. Para o aprofundamento destas questões, o referencial teórico utilizado será o psicanalítico.

## 2. MÉTODO

### 2.1 Delineamento

Este estudo seguiu a abordagem qualitativo-exploratória. O procedimento adotado foi o Estudo de Casos Múltiplos (Yin, 2005), pois, através de uma análise exaustiva dos casos selecionados, possibilita o entendimento aprofundado do fenômeno estudado.

### 2.2 Participantes

As participantes foram quatro mulheres adultas, com idades entre 20 e 38 anos. Eram mães de recém-nascidos de até seis meses de idade, com histórico de perda anterior de um filho, independente da idade da criança e do tempo decorrido da perda. As participantes foram indicadas por conveniência por profissionais da área da saúde de serviços públicos e privados da região metropolitana de Porto Alegre.

**Tabela 4:** Participantes

	<i>Idade</i>	<i>Idade do(s)filho(s) perdido(s)</i>	<i>Causa da morte</i>	<i>Tempo da (s) perda (s)</i>	<i>Idade do filho atual</i>
<i>Larissa</i>	23	4 meses e meio	Morte súbita	1 ano	3 meses e meio
<i>Maria</i>	29	4 meses	Prematuridade	3 anos	4 meses
<i>Carolinne</i>	20	1 mês e 10 dias	Prematuridade e complicações do HIV	1 ano	3 meses
<i>Beatriz</i>	38	1 mês e 18 anos	Má formação congênita e homicídio	8 anos e 3 anos	4 meses

### 2.3 Instrumentos

2.3.1 *Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13 – Prolonged Grief Disorder) (Prigerson & Maciejewski, em Delalibera, 2010):* questionário



composto por 13 itens descritivos de um conjunto de sintomas que deve persistir por um período mínimo de seis meses e que estão necessariamente associados a um distúrbio funcional. A primeira parte do questionário é constituída por dois itens que avaliam a frequência do sentimento de ansiedade de separação, sendo as possibilidades de respostas de 1 (Quase nunca) a 5 (Várias vezes por dia). O terceiro item refere-se à duração deste sintoma, sendo a resposta de tipo dicotômica: afirmativa, no caso da ansiedade de separação estar presente num período igual ou superior a 6 meses; negativa, se a manifestação do sintoma é inferior a seis meses. A segunda parte é composta por nove itens descritivos de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, cuja resposta é tipo lickert, numa escala de intensidade (de 1 a 5). O último item do instrumento refere-se à incapacidade funcional nas áreas social e ocupacional ou em outros campos do funcionamento, e a modalidade de resposta é novamente dicotômica (sim ou não). O objetivo do instrumento é avaliar, de forma confiável, os sintomas da Perturbação do Luto Prolongado. A consistência interna do instrumento é considerada muito boa, demonstrada através do teste Alfa de Cronbach (.929) (Anexo 1).

2.3.2 *Entrevista sobre o luto materno*: esta entrevista semi-estruturada foi criada especialmente para este estudo, a fim de investigar se as mães encontram-se ainda enlutadas pela perda anterior de um filho. O primeiro bloco da entrevista conteve questões relativas aos dados sociodemográficos da mãe e informações gerais. As demais perguntas foram referentes ao luto propriamente dito e o contexto da perda. (Anexo 2)

2.3.3 *Entrevista com as mães sobre a vivência da maternidade atual e a relação mãe-bebê*: entrevista semi-estruturada criada pela pesquisadora para este estudo, cujo objetivo foi a investigação das questões relacionadas à vivência da maternidade e ao desempenho da função materna com o filho que nasceu após a perda (Anexo 3).

2.3.4 *Observação da interação mãe-bebê*: refere-se à realização de sessão de observação da interação mãe-bebê em uma situação específica de cuidado (banho, troca de fraldas ou alimentação), com duração de 1 hora, tendo como objetivo captar particularidades que podem surgir na interação da dupla. A partir da observação foram criadas grandes categorias que contemplassem os comportamentos interacionais (voz, toque, olhar, gestos).

2.3.5 *Notas de campo*: trata-se de um relato que foi realizado após cada contato com as participantes a fim de registrar as impressões e sentimentos daquele momento despertados na pesquisadora.

## 2.4 *Procedimentos*

O estudo foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram observados todos os procedimentos éticos, garantidos o sigilo e o anonimato das participantes, bem como das informações prestadas pelas mesmas. Após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, iniciou-se a fase de coleta de dados a partir da indicação realizada por profissional da área da saúde. A pesquisadora fez contato telefônico com as participantes a fim de marcar uma visita domiciliar e explicitar o objetivo da proposta do estudo, já mencionado neste primeiro contato. As participantes assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, assinadas também pela pesquisadora. Uma delas ficou com a participante e a segunda via foi arquivada (Anexos 4 e 5).

Em seguida, no mesmo encontro foi realizada a aplicação do Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13) (Anexo 1) e foi feita uma entrevista sobre o luto materno para investigar se a mãe encontrava-se ainda enlutada pela perda anterior de um filho (Anexo 2). Após a realização desta primeira etapa da coleta de dados, e se a mãe não estivesse muito mobilizada emocionalmente pelos conteúdos que emergiram daí, deu-se continuidade à coleta de dados nesse mesmo encontro, com a assinatura de um segundo TCLE (Anexo 5) e a aplicação da entrevista sobre a experiência da maternidade atual e a relação com o novo bebê (Anexo 3). Nesse segundo momento da coleta de dados, também ocorreu a observação da interação mãe-bebê em uma situação específica de cuidado (banho, troca de fraldas ou alimentação) com duração de uma hora. Após cada encontro, foi feito um relato do encontro, com o objetivo de registrar questões que não tivessem aparecido no relato verbal, como comportamentos, atitudes e a interação da mãe com a pesquisadora. Três das quatro participantes responderam aos instrumentos em apenas um encontro. A exceção foi Beatriz, com quem a coleta foi feita em dois encontros.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas realizadas foram gravadas, transcritas e, posteriormente lidas e analisadas. Também se utilizou os dados obtidos pelo Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado (PG-13) para incrementar a compreensão sobre o processo de luto materno. Por fim, os dados coletados através das observações, que foram relatadas após cada encontro, ajudaram a construir cada um dos casos.

Após o levantamento dos dados, cada caso foi construído individualmente, e organizado em quatro eixos temáticos: 1) o filho perdido, 2) o processo de luto, 3) o filho subsequente e 4) a relação entre a mãe e o filho subsequente. Cada caso foi analisado individualmente, buscando-se as suas particularidades, e depois comparado aos demais, a fim de investigar as convergências e divergências entre eles, conforme prevê o modelo da síntese dos casos cruzados de Yin (2005).

#### 3.1. Caso 1 – LARISSA

Larissa tem 23 anos e é casada. Estudou até o 3º ano do ensino médio e é vendedora. Perdeu um filho de aproximadamente quatro meses e meio em 2011, por morte súbita, enquanto ele dormia. Larissa engravidou novamente logo após a perda do filho. É mãe de Natália, que tem três meses e meio de idade.

##### 3.1.1. O Filho Perdido

Diego morreu aos quatro meses e 21 dias, em julho de 2011, por morte natural de causa desconhecida. O menino dormia todas as noites na cama dos pais, porém, naquela noite, eles decidiram colocar o bebê para dormir em seu próprio berço, que ficava ao lado da cama do casal. O bebê foi encontrado morto pela mãe quando esta acordou para levá-lo à creche, antes dela ir trabalhar, pois seu período de licença-maternidade havia terminado. Ao relatar este episódio, parece estar presente o sentimento de culpa de Larissa por ter voltado a trabalhar: “(...) *eu tava cansada. Dormi, por causa...em questão do trabalho, né?*” Os pais e um vizinho tentaram socorrê-lo fazendo o atendimento de primeiros socorros. Quando Larissa conta sobre o trajeto percorrido entre sua casa e o hospital, com o filho no colo, parece que ela está relatando um filme, e não a morte do filho, pois demonstra bastante calma ao relatar o episódio. Merece destaque, durante a entrevista, a calma e a tranquilidade de Larissa ao relatar

a perda, diferentemente das outras participantes deste estudo, que demonstraram de maneira mais intensa suas emoções. Assim, por meio deste comportamento, Larissa parece estar apresentando aceitação da perda do filho.

Conforme Larissa, Diego nasceu aos nove meses, era saudável, não apresentava nenhum problema de saúde na época de sua morte. A mãe refere, ainda, que realizou todas as consultas pré-natais e que a gravidez e o parto de Diego foram tranquilos.

Larissa refere que a gravidez do filho foi planejada: “(...) *ele a gente planejou. (...) Tinha todo um planejamento pra ele de vida. E do nada, da noite pro dia, a gente não tinha mais ele*”. Nesse sentido, pode-se observar que, ao ser questionada se tem dificuldade em aceitar a perda, Larissa diz, num primeiro momento, que “*é difícil dizer*” e sorri. Posteriormente refere que tem tido bastante dificuldade em aceitar a perda.

Larissa disse que, ao receber a confirmação da morte de Diego, sentiu “*como se...eu tivesse indo junto com ele. (...)É uma dor enorme, assim. Como se tivesse tirando alguma parte do teu corpo. (...) Não, não tem...não tem como descrever*”. Esta verbalização da participante ilustra a literatura (Casellato, 2007), sobre a sensação da mãe de perda de parte de si quando perde um filho. Tal questão também aparece na aplicação do instrumento de avaliação do luto prolongado, quando diz que se sente bastante confusa quanto ao seu papel na vida. É importante ressaltar que apenas neste momento da entrevista, durante a aplicação do instrumento, ela se emociona. Mas logo em seguida se recompõe.

### 3.1.2 O Processo de Luto

Larissa participou do velório e do enterro do filho, e este foi um momento bastante dolorido: “*Muito nervosa e daí eles tavam tentando me tirar de perto dele, porque eu não conseguia ver ele dentro do caixão*”. Durante o velório recebeu atendimento de uma equipe de profissionais da saúde: “*Nem no velório eu não tive chance de...de tá muito perto dele. (...) Porque os médico da SAMU não...não deixaram*”. O momento do enterro também foi bastante sofrido: “*Mais difícil ainda a hora que eles enterraram realmente ele. (...) Que daí eu sabia que depois dali...*”

A participante conta que o início do processo de luto foi bastante difícil: “*Foi...foi muito difícil, assim. Nos primeiros dias eu tava quase enlouquecendo, eu não conseguia trabalhar*”. Por ser vendedora, os clientes perguntavam sobre o bebê e ela não conseguia responder o que tinha acontecido com ele. Nestes primeiros meses de trabalho após a perda do filho, Larissa diz que não fazia nada e passava o dia inteiro chorando: “*Alguém me via no*

*balcão da loja ou no telefone me perguntavam dele, eu entrava em desespero*”, o que pode ser visto como significativa redução ocupacional, constatada também por meio do instrumento de avaliação do luto.

Quanto aos objetos e às roupas do filho, Larissa refere que só conseguiu mexer neles quando descobriu a gravidez de Natália: *“Porque até então o quarto dele tava do mesmo jeito: tudo azul, todas as roupinha dele do mesmo estado dentro do roupeiro.(...) Daí quando eu descobri que era uma menina, daí...uma noite eu não conseguia dormir pensando, pensando nele, pensando nela. Daí eu peguei e comecei a tirar as coisa dele(...)”* Para Larissa, cada roupa que pegava, a fazia lembrar de momentos passados com o filho, assim como o contato com outras a lembrava de que ele não chegou a usá-las. *“Só que aquela noite eu chorei a noite inteira tirando (...) foi bem difícil (...)”*. Chama atenção que ela relata este episódio e sorri. Referiu que as sacolas cheias de roupas do filho permaneceram vários dias em seu quarto, pois ela não tinha coragem de doa-las. Até que num determinado dia decidiu fazer a doação, pois segundo ela, *“não adiantava”* estar com as sacolas guardadas em casa, sendo que outras pessoas estariam precisando delas. Pode-se pressupor que o real motivo da doação das roupas foi ela ter se dado conta de que o filho não iria voltar - a Tarefa I do luto, conforme Worden (1998), e não que outras pessoas estariam precisando das mesmas. A partir deste momento, ela e o marido começaram a fazer o quarto da filha, o que pode ser entendido como uma “doação” de espaço tanto físico quanto psíquico dos pais para com a menina.

Algumas fotos de Diego estão expostas em porta-retratos na sala da casa, enquanto outras estão no seu álbum de bebê. Ela prefere deixar as fotos à mostra e ficar olhando-as: *“(...) porque não adianta. Ele foi nosso filho. Ele foi uma coisa boa, então eu não posso tentar esconder”*. Assim, parece que ela quase nunca tentou evitar contato com tudo que lhe recorda que o filho faleceu, o que é corroborado no instrumento aplicado. Diferente do que ocorre com as fotos do pai, que se suicidou três anos antes da morte de Diego, e que ela não consegue olhar, luto que parece não estar elaborado.

A participante escreveu um texto sobre a perda do filho, que foi publicado no jornal de sua igreja, e diz: *“Perder um filho é ficar sem chão, sem direção. Parece que você está partindo junto”*. A escrita deste texto, neste caso, pode ser vista como um recurso utilizado por esta mãe para elaborar o seu luto.

Worden (1998) refere que a síndrome da morte súbita infantil ocorre em crianças com menos de um ano de idade e é mais frequentemente encontrada em crianças entre os dois e 6 meses. Assim, este é o caso de Diego, pois o menino tinha quatro meses e meio aproximadamente. Alguns pais que perdem crianças por morte súbita frequentemente referem

que a causa da morte do filho foi sufocamento. Larissa, durante a entrevista, associa esta causa à morte de Diego. Conforme Worden (1998) e Walsh (2005), um dos fatores que complica o luto por este tipo de perda é o fato da morte acontecer de forma repentina, pois nesse contexto, os membros de uma família não têm tempo para se preparar para a perda, nem mesmo a oportunidade de lidar com questões inacabadas, e, inclusive, se despedir. Outro complicador do luto por morte súbita é a ausência da causa definida, o que desencadeia muita culpa e censura. Segundo Worden (1998), os pais devem ser informados sobre o processo de luto, para que não pensem que estão enlouquecendo ou que o luto nunca irá acabar. Além disso, os pais podem ser aconselhados a respeito de gravidezes subsequentes. Frequentemente eles têm medo de ter outro filho, devido às circunstâncias da síndrome de morte súbita infantil, o que não é a situação de Larissa e o marido, que decidiram engravidar logo. Muitos pais têm a necessidade de manter o quarto intacto, preparar banhos diários e manter a rotina por um longo tempo até que possam gradualmente concluir a Tarefa I do luto, a consciência de que a criança se foi e nunca irá retornar.

### 3.1.3 O Filho Subsequente

Larissa engravidou de Natália 20 dias após a morte de Diego. O marido disse a ela que deveriam ter outro filho logo e ela aceitou: *“Porque a gente chegava em casa, via o quarto dele todo montado, as coisa dele, sabe? Aquela rotina de vida que eu e ele tinha, a gente não tinha mais. (...) E eu e ele, a gente decidiu que eu logo ia engravidar”*.

Tal decisão foi bastante questionada pelo seu entorno, pois as pessoas a alertavam de que não estava bem emocionalmente e que, por isso, havia o risco de perder o bebê: *“E eu falava que não, que eu queria...que eu sabia que aquilo ia me ajudar. E no fim foi a melhor coisa que a gente fez. Porque eu acho que se eu não tivesse engravidado logo, o quarto dele ia tá do mesmo jeito (...)* Através desta verbalização, pode-se perceber que talvez Natália tenha sido planejada para preencher o vazio deixado pela morte de Diego, que dificilmente havia sido bem elaborado, pois o intervalo entre a morte do menino e a concepção de Natália foi bastante curto. Assim, quando uma mãe vivencia a perda de um filho e essa morte é seguida de perto por outra gravidez, observa-se, com frequência, uma gravidez substitutiva (Bromberg, 1994, 1998; Castro, 2006; Maldonado, 1989; Silva, 2002; Stryckman, 2000; Worden, 1998), situação de “criança-substituta” (Brazelton & Cramer, 1992) ou “substituições apressadas”, conforme termo sugerido por Bowlby (1998). O médico dela,

inclusive, alertou que era muito desgaste para o seu corpo, duas gravidezes muito próximas, mas mesmo assim ela não desistiu da ideia.

Nessa época, o padrão de Larissa sugeriu que ela fizesse um tratamento psicológico, pois desconfiava de gravidez psicológica. Ele conversou, inclusive, com o marido dela demonstrando preocupação com o estado emocional da mesma. Ela não realizou o tratamento, pois não achava necessário, mas também não descartou a possibilidade de vir a fazê-lo.

Quanto à descoberta e sentimentos referentes à gravidez subsequente, Larissa falou: “(...) *as mesmas coisa que eu tinha sentido do Diego, eu tava sentindo dela (...). Eu tinha certeza*”. Aqui parece estar presente a dificuldade de diferenciação dos filhos a partir da mesma sintomatologia nas gravidezes. Assim, esta dificuldade de diferenciação é vista como um risco que o filho subsequente corre, conforme Bowlby (1998). Ao confirmar a gravidez, Larissa disse que sentiu uma alegria imensa e que suas expectativas durante a gestação eram: “*Que ela nascesse bem, crescesse bem e que ela eu pudesse... ver crescer. Já que do Diego eu não consegui*”.

Larissa refere que no início da gravidez subsequente tinha a impressão de que não tinha vínculo com a filha: “(...) *parece que eu não tinha... muito vínculo com ela porque eu tinha medo de amar ela demais e não amar ele muito, sabe? (...) Tava no começo, assim, tava misturado os sentimentos. Mas depois, ah...acho que ela me ajudou muito.*” Nesse sentido, estudiosos sobre o tema afirmam que pais enlutados, que experienciam uma nova gravidez, frequentemente referem uma demora na ligação emocional com o bebê, pois existe o medo de outra perda (Armstrong & Hutti, 1998; Lamb, 2002; O'Leary, 2004). Além disso, nesta verbalização também parece estar presente o medo de “trair” o filho morto, amando mais o bebê que está por vir.

Outro momento em que houve mistura de sentimentos, conforme o relato de Larissa, foi quando sentiu os movimentos fetais: “(...) *no momento em que ela começou a mexer, que eu comecei a sentir ela realmente, daí foi uma mistura de sentimentos, assim. De...de eu ficar meio assim, de querer dar muito amor pra ela, e acabar esquecendo ele, e coisa, mas no fim acabou...Meu marido, também, com ele,ele conversava bastante na barriga, assim: ah, meu gurizinho, sabe?Daí já com ela demorou mais tempo. Que a gente tava, acho,um pouco... travado (...)*”

No que diz respeito às expectativas em relação ao nascimento da Natália, ela diz: “*Eu sabia que ia ser bem porque eu tava bem, tanto...emocionalmente quanto de saúde, então eu sabia que ela ia nascer bem*”. Neste momento Natália sorri e balbucia. A mãe a elogia e a menina balbucia novamente. Refere que o parto de Natália não foi dolorido, mas demorado e

custoso e precisou ser induzido. Além disso, ocorreu uma semana após a data prevista: *“E ela tava atrasada uma semana já. Não queria vim”*. A partir desta verbalização, pode-se pressupor que, inconscientemente, Larissa tinha medo da separação da filha, inevitável em função do parto, além do medo de perder Natália, uma vez que depois que sai da barriga e da área de onipotência da gestante, o bebê não tem mais a mesma proteção materna que tinha dentro do útero (Brazelton & Cramer, 1992).

Quando questionada sobre o significado da chegada de Natália em sua vida, Larissa se volta para a filha e diz: *“o que que a tua chegada significou? Que eu tava nascendo de novo junto com ela”*. Ao mesmo tempo, no instrumento de avaliação do luto, Larissa respondeu que sua vida é razoavelmente insatisfatória, vazia ou sem significado após a perda: *“Não totalmente. Que agora eu tenho ela. Então não posso dizer que eu sou...totalmente vazia. Mas em parte sim. Em relação a ele sim”*. Natália nasceu de nove meses, assim como Diego. Os dois partos foram normais.

### 3.1.4 A Relação entre a Mãe e o Filho Subsequente

Quando questionada sobre os primeiros meses de convivência com a filha, Larissa responde: *“Ela dorme até hoje comigo na minha cama.(...) Eu não coloquei ela no berço ainda. (...) E as primeiras noites, as primeiras, acho, duas semanas eu não dormi. (...)Porque...a noite que eu coloquei ele, ele faleceu, então, acho que pra mim, com ela, vai demorar mais tempo de eu colocar ela, e o berço tá colado na minha cama”*. Nesta verbalização da participante, parece estar presente novamente o sentimento de culpa da mãe por ter colocado o menino no berço na noite em que morreu. Além disso, o medo de que ocorra outra perda também aparece quando ela refere que vai demorar para colocar a filha no berço. *“(...)Só que...não tem. Eu faço ela dormir, eu coloco ela no berço, eu...logo já tiro ela e coloco do meu lado. (...) Eu não consigo deixar ela no berço. (...) Meu marido não dormia, qualquer mexidinha dela na cama a gente já...sabe. (...) Acordava. Já ficava, né: o que tá acontecendo? Mas agora tá...tá mais tranquilo, assim”*. É importante ressaltar que quem colocava e coloca Natália pra dormir é ela, desde o início.

Larissa diz não ter tido dificuldade no cuidado com a filha nos primeiros dias. Quando questionada como foi a volta pra casa, respondeu: *“Ela estranhou tudo, né, filha? Não conhecia ainda (...)Mas foi muito bom. (...) Saber que agora tava chegando em casa com um nenezinho era tão bom”*. Para a mãe, quem era realmente esse nenezinho, Diego ou Natália? Isso não está claro para ela, como pode ser visto quando refere que a filha estranhou a casa,



pois tem-se a impressão de que o estranhamento foi dela, e não da filha, como se esta (ou o filho?) tivesse a obrigação de reconhecer a casa. Além disso, ela diz “*com um nenezinho*”, dando a impressão de que era indiferente para ela quem realmente era este nenezinho, Diego ou Natália.

Quem dá banho na filha é o marido de Larissa. Ela referiu que banhou a filha apenas três vezes, na banheira, e que com o filho acontecia o mesmo: “*O Diego adorava banho de chuveiro. (...) Depois era só banho de chuveiro. E ela a mesma coisa. Ela, nas primeiras semanas, a gente deu banho na banheira, ela também não era muito... chorava bastante. (...) Às vezes, quando tá muito quente, eu que dou banho na banheira. Mas o banho é com ele. A fralda é comigo*”. Nesta passagem, pode-se perceber a semelhança entre os dois filhos a partir do momento do banho e das mesmas reações entre as crianças. Ela e o marido dividem os cuidados com a filha. Não receberam e nem recebem auxílio dos avós, pois decidiram aprender e não depender dos outros quanto a isto.

Natália é amamentada no seio pela mãe. Em relação a tal questão Larissa diz: “*Muito bom. Adoro quando ela bota a mãozinha. (...) Me arrependo de não ter insistido mais com ele*”. Pode-se pressupor, aqui, o desejo de se superar enquanto mãe, já que agora consegue amamentar a filha, o que com o filho perdido, não foi possível. Durante a realização da entrevista, Larissa amamentou a filha, e pôde-se perceber uma sintonia entre as duas, através da troca de olhares e das reações vocais de Natália nos momentos em que a mãe se dirigia a ela. Larissa referiu que Natália é: “*muito calma. Tranquila. Às vezes ela fica braba. (...) Às vezes, nossa, eu não consigo acalmar ela. (...) Às vezes meu marido acalma mais ela do que eu. (...) acho que ela tem o meu gênio, que eu sou um pouco braba. Mas ela é bem tranquila*”. Refere que a filha é calma, mas enfatiza a brabeza da mesma. A partir disso, pode-se pressupor que Larissa tem a fantasia de que o seu contato com a filha reforça a brabeza da menina, diferente de seu marido, que consegue acalmá-la. Assim, isso nos faz questionar o que pode estar implícito nesse contato tátil entre mãe e filha, que incomoda tanto a bebê.

Quando questionada se brinca com a filha, Larissa respondeu: “*Muito. Incomoda ela demais*”. Neste momento, Larissa sorri de maneira constrangida e segue falando: “*Chamo a minha princesinha. Boto ela na cama. Começo a brincar com as perninhas dela, que ela gosta. (...) Boto ela em pezinho, que ela gosta. (...) Dá risada. Dá uns gritinho de felicidade. Ela é muito risonha*”. Quando Larissa refere que incomoda demais a filha durante as brincadeiras, parece estar presente certa intrusividade da mãe em relação à menina. Além do momento de brincadeira, Natália parece reagir a esta intrusividade da mãe, quando demonstra brabeza, como referido.

Larissa conta que não voltará a trabalhar e que já pediu demissão, para poder cuidar da filha: *“Não quero largar ela em... em tia, em creche, eu quero cuidar dela”*. Parar de trabalhar já era uma hipótese quando engravidou de Diego. Permaneceu no emprego, na época, a pedido do patrão. Depois da morte de Diego também: *“Só que daí com o que aconteceu com ele, eu acabei ficando.”* Pode-se pressupor que o desejo de Larissa, ao assumir o cuidado exclusivo da filha esteja a serviço de uma espécie de reparação da culpa sentida por ela pela morte do filho, já que o deixava sob cuidados terceirizados para que pudesse trabalhar. Ainda no que diz respeito aos cuidados dela para com a filha, Larissa diz: *“Agora eu cuido dela, eu distraio um pouco a minha cabeça. Lógico, às vezes certas coisas que ela faz eu lembro dele. Mas ãh...eu acho que foi...que foi melhor assim (...).Cada um supera duma forma, né?(...)”* Nesta verbalização, pode-se pressupor que Larissa relaciona a nova gravidez à elaboração da perda, o que pode ser arriscado, pois esta nova gestação pode inibir o luto (Reid, 2003).

Larissa refere que a experiência de perda de Diego afetou sua relação com Natália, pois após a perda do filho, se considera mais cuidadosa com a filha do que era com ele. O marido diz a ela que está sendo superprotetora. Diz que agora não deixa ninguém trocar as fraldas da filha, como acontecia com o filho: *“Agora só quem cuida dela sou eu e o meu marido.(...) Dele eu não tinha tanto ciúme quando as pessoas pegavam, brincavam...Dela, já não.(...). Eu quero que ela fique só comigo. (...) Eu não quero muito que ela fique com os outros porque...eu acho que eu quero aproveitar...cada momentinho dela eu quero aproveitar. E dele eu já era mais liberal, os avós pegavam, né? Ai, brincavam, ficavam um tempão com ele brincando e dela já é diferente. (...) Quando alguém pega ela, eu já fico em roda”*. A culpa e a reparação parecem estar presentes novamente, quando Larissa refere o desejo de aproveitar todos os momentos com a filha. Nesse sentido, Reid (2003) classifica este comportamento como obsessivo.

Acredita que a experiência de perda do Diego afetou outras pessoas da família, como os avós e tias. Além dos familiares, parece que a perda do bebê afetou inclusive pessoas que estavam mais distantes na época. Quando questionada sobre como o marido lida com a situação, ela refere: *“Na verdade, eles... ele segurou a barra por causa de mim no começo. (...) E depois quando eu tava mais forte, ele desabou”*. Neste momento, Natália choraminga. Larissa segue falando: *“E até agora, bem dizer, ele não voltou muito... sabe? (...) Eu já tô mais forte e ele já tá mais... Às vezes ele olha pra ela, que nem ontem: ele olhava pra ela brincando, dando risada, daí lembrava dele dando risada e já encheu o olho de lágrima. Assim, sabe? (...) Pra ele agora já tá mais difícil do que... (...) Ela já tá começando a fazer*

*muita coisa que ele fazia”. Ontem foi um dia que eu e o meu marido a gente tava... Mas tem dias que a gente passa tranquilo. Agora tem dias que não...que não dá”.*

Quando questionada sobre como conseguiu ficar mais fortalecida, ela diz: “*Não sei certo te dizer”*. Talvez ela não soube contar a maneira como se fortaleceu, porque pode ainda não estar se sentindo dessa forma. “*(...)Comecei a me cuidar por causa dela. Sabe, eu acho que...como eu tava com ela na barriga, então acho que foi me ajudando a eu ficar mais forte. (...), como eu sentia ela já...meu marido, também, brincava com ela. (...) Até porque eu sabia que quem ia ter que cuidar dela ia ser eu. Então não adianta eu tá...sabe, toda...atordoada, nervosa, porque eu não ia conseguir cuidar dela”*. Parece que Larissa não se permite sofrer, chorar a perda do filho ou até mesmo sentir dificuldade em relação aos cuidados da filha, creditando a esta o seu fortalecimento e a sua recuperação.

### 3.2 Caso 2 – MARIA

Maria tem 29 anos, é casada e mora na região metropolitana de Porto Alegre. Perdeu Luiza em 2009, aos quatro meses de idade, devido a uma pneumonia bacteriana. Engravidou novamente dois anos após a perda da filha. É mãe de Bruna, que tem quatro meses de idade.

#### 3.2.1. O Filho Perdido

Maria engravidou em 2009 e só soube da gestação aos quatro meses, pois até então, segundo seu médico, não poderia engravidar, pois tem “*útero infantil*”. Por ser gravidez de risco, parou de trabalhar imediatamente e permaneceu em repouso a gestação inteira, conforme orientação médica. Por ter descoberto a gravidez tardiamente, fez apenas duas consultas pré-natais. Foi medicada para prorrogar a gestação, pois entrou em trabalho de parto prematuro. Não foi possível adiar o parto, e ganhou sua filha, de parto normal, aos cinco meses e meio de gestação, com 1 kg e 250 g. Foi levada imediatamente para a incubadora e ficou quatro meses internada em uma UTI Neonatal. Apresentou convulsões e parada cardíaca.

Maria, conta que durante a gravidez de Luiza: “*(...) Ah, na verdade, desde que eu descobri que eu tava grávida, eu sempre senti uma tristeza muito grande, sabe? (...)Eu não tinha vontade de falar pra ninguém que eu tava grávida (...). Parecia, assim, que eu tava...desconfiada de alguma coisa, sabe? (...)Toda cheia das dor, decerto por causa disso também, né?(...)*”. A vontade sentida por Maria de não revelar a gravidez, bem como a

tristeza e dor intensas neste momento parecem demonstrar uma dificuldade de vinculação entre mãe e filha.

Durante a hospitalização, Luiza recebeu a visita da mãe diariamente, o dia todo. Nota-se, no discurso da mãe, uma oscilação entre esperança e tristeza, durante a hospitalização da filha, o que pode ser considerado natural devido à situação, que envolvia a possibilidade de perda: *“Eu sempre tava naquela alegria, mas ao mesmo tempo aborrecida, né? (...) Daí eu ficava em cima do muro, né?”* Maria não pôde pegar a filha no colo, apenas tocá-la, o que parece ter lhe entristecido. A menina recebeu alta, após melhora e saída do respirador, que, segundo a mãe foi precoce: *“Fazia recém um dia que ela tinha saído do respirador (...) Eu achei muito cedo”*. Maria refere, no instrumento, extrema dificuldade em confiar nos outros desde a perda. Pode-se pressupor que tal dificuldade esteja associada a este momento de alta da filha, pois Maria confiou na decisão dos médicos sobre a alta e levou a menina pra casa. Foi exatamente neste período em que permaneceu em casa que Luiza apresentou piora e precisou ser reinternada. Assim, certo dia, em casa, a filha apresentou comportamento diferente do habitual, o que causou estranhamento na mãe. À noite, levaram-na ao hospital, aonde a menina permaneceu por mais 10 dias. Conforme a mãe, a filha tentava sobreviver: *“E ela resistia, ela tentava”*. Maria conta que foi proibida pela equipe médica de tocar na filha, pois a menina, ao sentir o toque da mãe, fazia muito esforço para acordar. Se permanecesse dormindo, sentiria menos dor. Embora chateada, acatou tal orientação. Luiza morreu aos quatro meses de idade, devido a uma pneumonia bacteriana. Morreu no colo da mãe. Estar presente na hora da morte da filha possibilitou a Maria realizar a despedida, o que pode facilitar a elaboração do luto, conforme Worden (1998). O pai e os avós maternos também estavam presentes. A mãe conta que pediu à filha que não morresse: *“Eu dizia pra ela: não vai”*. Chegou a dizer ao médico que ele estava enganado: *“E eu: não, doutor, ela não vai doutor. O senhor tá enganado. Daí ele ficou só me olhando, assim, né?”* Pode-se notar que Maria parecia estar negando a iminência da morte da filha: *“Daí quando eu olhei, assim, pra ela, ela...a boquinha dela...os olhinhos dela começou a ficar roxinho. (...) Daí ela foi indo bem devagarinho. Que foi assustante quando vê aquele barulhinho daquele aparelho [imita o barulho].(...)”* O médico a informou que, caso a menina sobrevivesse, *“...ia ser uma vegetativa (...) ...não ia enxergar, não ia ouvir, não ia andar. Não ia fazer nada.”* Maria referiu que no momento da morte da filha sentiu *“uma dor muito forte, uma perca muito forte, né?”*

### 3.2.2 O Processo de Luto

Maria participou do velório e do enterro da filha. Num primeiro momento, após a morte da Luiza, quando chegou em casa duvidou que a filha estivesse morta e somente acreditou no que tinha acontecido no velório: *“Tu sabe que a gente acha que não é verdade, né? Tu não crê que aconteceu mesmo. Eu acho engraçado isso aí. Quem sabe, sente. Na hora a gente não tá acreditando, mas quando eu cheguei lá e vi aquele caixãozinho bem pequenininho e ela toda arrumadinha lá, ah, daí caiu a ficha”*. Essa descrença em relação à morte da filha, descrita pela participante, aponta sentimento de negação em relação à perda, mecanismo de defesa regressivo que é comum em pais enlutados (Zilberman, 2006). Para esta autora, a negação e a evitação são mecanismos constituídos de estruturas inconscientes que bloqueiam a realidade indesejável, a qual produz sofrimento ao ego. Eles encontram-se relacionados ao próprio temor da morte, presente em todos os seres humanos e são utilizados para alcançar um distanciamento da pessoa enlutada da realidade da morte, tornando este tema um assunto proibido (Zilberman, 2006). Não foi ela que vestiu a menina, foi um familiar (tio do marido, dono de funerária), pois os familiares acreditavam que vestir a filha seria muito doloroso para Maria, embora ela quisesse tê-lo feito: *“Porque eles achavam que ia ser pior pra mim, daí eles não deixaram. (...) Eu queria ter feito, só que minha mãe, eles, não deixaram eu arrumar. (...) Daí eles me levaram no médico, que eu tinha que tomar remédio, né? Que eu desmaiei na hora lá”*.

Maria conta, ainda, que em um determinado momento do velório, retirou a filha do caixão e que ninguém percebeu. Ela conta, também, que não lembra de ter tido tal atitude, mas que lembra da sensação. Foi a mãe quem lhe contou este episódio: *“A mãe que me fala. Eu até tirei ela, assim, do...do caixãozinho. Peguei ela no colo. (...)Ninguém reparou. Quando eles viram, eu já tava com ela no colo, né? (...) Daí eu chorando. Daí eles pegaram ela e botaram ela, arrumaram. (...) eu senti, mas que eu peguei, eu não lembro”*. Maria menciona, ainda, que em alguns instantes, teve a impressão de que a filha estava viva, olhando para ela, durante o velório: *“(...)às vezes eu olhava pra ela, parecia que ela abria os olhos, assim, e olhava pra mim. Até eu disse pra...eu dizia pra mãe lá: mãe, ela tá viva. Mãe, ela tá respirando? (...) Eu via ela respirando, eu via ela abrindo os olhos pra mim”*. No enterro teve a mesma sensação, e precisou ser contida novamente: *“Até na...depois que fomos botar ela lá na...cova, lá, eu dizia: mãe, ela tá acordada, mãe. Mãe! Daí eles me tiraram dali, né? Que parecia, assim, que eles tavam botando ela viva lá dentro, né?”* Embora Maria não tenha participado do processo de vestir a filha antes do velório, ela participou desta cerimônia de

despedida, assim, como do enterro, o que é considerado benéfico, pois delimita a concretude da perda e facilita a elaboração do luto (Walsh & McGoldrick, 1998; Worden, 1998)

Maria relata que logo após a morte da filha, frequentava a casa da mãe a casa da sogra, mas não conversava com ninguém: *“Eu me sentava, assim, no sofá, e ficava quieta. Olhando pra televisão.(...)Que eles me xingavam, né? Que eu ficava só olhando TV. Mas às vezes eu tô olhando a TV, mas eu não tô olhando a TV, eu tava imaginando as coisas, pensando nas coisa. Tava bem fora da casinha, assim, sabe? (...) Eu sentia o cheiro da nenê, eu sentia o resmunguinho dela. Assim, ficava só imaginando [ela]”*.

Maria refere que, nesses momentos em que voltava sua atenção à televisão, tentava compreender a perda por meio de questionamentos referentes à causa da mesma: *“(…) pensando, assim, o porquê aconteceu comigo, né? Por que que eu ganh...por que que eu engravidei, então? Pra que aconteceu isso com a nenê? O porquê ela teve isso. Se a culpa foi minha, o motivo, né? (...) Essas coisa. Até hoje eu penso”*. Pode-se notar um questionamento sobre um sentimento de culpa, dúvida que ainda está presente.

Guardou objetos da filha, como roupas, mosqueteiro, cortina, fotos e um presente que a menina ganhou da avó paterna. *“Mas a maioria eu bot...eu dei tudo, né, das roupas. Eu tinha, mas aí eu vi que tinha crianças que precisava mais e eu comecei dá. (...)”*. Parece que a doação de roupas da filha foi uma maneira dela ter certeza de que a filha não iria voltar, e não que outras crianças estariam precisando das mesmas. Ela ter se dado conta de que a filha não vai voltar pode auxiliar na elaboração da perda, pois conforme Worden (1998), esta é a Tarefa I do luto, a conscientização sobre a irreversibilidade da perda.

Aproximadamente dois anos após a perda da Luiza, por meio de uma tia, Maria foi encaminhada para o atendimento psicológico. Ela refere ter tido benefícios com o acompanhamento: *“Daí foi que eu comecei, foi o que ajudou, entendeu?”*. Durante o período em que permaneceu em acompanhamento, Maria também percebeu uma melhora na sua vida pessoal e conjugal: *“Daí eu vi que eu comecei a mudar até na minha vida pessoal, assim, com o meu marido, né?”* Maria refere, ainda, que ter tido o acompanhamento psicológico foi importante também para ela, pois *“Tinha horas, assim, que bah! Foi uma época difícil, assim, sabe? Eu chegava lá transtorn...é a palavra certa: transtornada. Eu tava bem nervosa, assim. Que eu via as crianças e já me dava um pavor, sabe?”*. O acompanhamento durou dois meses e foi interrompido por decisão da própria participante: *“(…) Porque daí eu vi que eu dei uma melhorada, daí começou a dar aquele frio, né?(...) Daí eu só ligava pra ela: ah tá muito frio. Daí eu parei de ir”*. A interrupção pode ser vista como dificuldade em se deparar com a morte

da filha, pois o objetivo do mesmo era exatamente falar sobre a perda visando a sua elaboração.

Dois anos após a morte de Luiza, o bebê de uma amiga também morreu e Maria refere que isso a fez reviver a perda: *“Bah! Daí eu me lembrei de tudo, né, da Luiza. Tudo que eu passei, que eu senti”*. A partir dessa história, Maria conta como reagiu à morte da Luiza: *“(…) eu fico admirada com eles, porque eles tão, são bem forte. (...)Eu não saía de casa. Eu...eu no dia, me deitei e não...não saí mais da cama.(...) Ou tipo sair com a minha família pra conversar, eu não tinha vontade. (...)Eu não tive essa força. Eu cáí completamente”*. Maria, após a morte da filha, agredia verbalmente a mãe e os outros ao seu redor. Seu pai, então, resolveu procurar um emprego para ela, e Maria conta que trabalhar a ajudou na elaboração do luto: *“Não tinha vontade [de trabalhar]. (...) Daí ele arrumou um serviço. E eu sem querer, né? (...) E foi o que foi me ajudando, sabe... Me recuperando, melhorando”*. Durante o ano em que trabalhou, Maria percebeu que não se sentia bem, pois se visse uma criança: *“Bah! Eu entrava em pane, né?”* Decidiu, então, parar de trabalhar, o que corrobora a sua resposta no instrumento, quando refere ter sentido redução significativa na sua vida pessoal e profissional após a perda.

Maria diz que agora se sente mais conformada com a perda. *“Bah! Agora, assim, tá mais...Não é como era no início, né? A gente fica mais conformada. (...)Assim, no início eu não aceitava muito. Agora, com o tempo, dois anos, daí já foi mais...acalmado, assim. Não que eu não sinta falta, eu sinto falta, mas eu tenho que aceitar a perda”*. Ainda em relação à aceitação da perda, Maria refere: *“É, porque ela não vai voltar, né?(...) Que se tivesse uma coisa, assim, pra ela voltar, ah, eu ia fazer pra ela voltar, né? Mas...(…) Infelizmente ela se foi (...) Eu tenho que concordar com o meu sentimento, senão a gente não vive”*. Nesta verbalização da participante, parece estar presente a barganha, quando a mesma refere que se tivesse algo a ser feito, ela faria. Kübler-Ross (1998) cita a barganha como um estágio pelo qual o paciente terminal passa. Nessa fase, segundo a autora, o paciente tenta “adiar” a morte, fazendo promessas e orações, na grande maioria, voltadas a Deus. Na situação desta participante, a filha já morreu, e é ela, mãe, que apresenta a barganha. Através disso, parece que Maria estava com dificuldades de aceitar a morte da filha. A dificuldade em aceitar a perda da filha, de forma razoável conforme aparece no instrumento, também aparece quando ela refere: *“assim, porque na verdade, da minha filha, eu não consigo ir lá no...ir lá no...cemitério, né? Eu só fui o dia que eu enterrei ela (...) Porque eu até planejo de ir lá, mas chega no dia, eu não tenho coragem de ir lá, sabe? (...)”*. A partir desta verbalização pode-se pressupor que ela ainda está enlutada, pois não consegue visitar o túmulo da filha, que

significa se deparar com a concretude da perda. Porém, na aplicação do instrumento de avaliação do luto prolongado respondeu que quase nunca tentou evitar contato com tudo que lhe recorda que a filha faleceu. Assim, pode ser notada uma contradição referente à capacidade de enfrentamento da perda, pois ao mesmo tempo em que verbaliza a necessidade de aceitá-la, suas atitudes, como a incapacidade de visitar o túmulo da filha, demonstram uma grande dificuldade da participante em relação a esta questão.

### 3.2.3 O Filho Subsequente

A partir do dia em que Luiza morreu, Maria decidiu que não queria ter mais filhos. Porém, o marido, a mãe e a sogra lhe pediam que engravidasse novamente: *“Depois desse dia jamais. Daí ele sempre me pedia um filho. Fazia um ano e ele queria já”*. Ela se recusava: *“Não quero filho pra passar tudo de novo”*. Maria conta que o marido a convidava para ir ao médico a fim de entenderem o que aconteceu, mas ela se recusava: *“Daí eu até fui meio estúpida, né? Então vai arrumar outra, então se tu quer filho. Eu não vou ter filho. Pra passar de novo eu não quero”*. Pode-se perceber a diferença quanto à percepção do tempo decorrido da perda, uma vez que para o marido, já havia se passado um ano e parece que para Maria, havia passado apenas um ano. Ou seja, cada um vivencia a perda de forma única. Além disso, parece estar presente aqui a pressão da família relativa a uma nova gravidez após a perda de um filho, conforme Bromberg (1998) e Silva (2002).

Maria engravidou novamente dois anos depois da morte de Luiza. Refere que tomava todas as precauções necessárias para que isso não acontecesse. No entanto, houve descuido na ingestão da medicação anticoncepcional na época em que a irmã realizou uma cirurgia. Refere que não queria ter engravidado novamente, que não planejou esta gravidez: *“Porque na verdade eu não queria essa gravidez, né? Eu não planejei, né? Eu jamais...”* Logo em seguida, refere que até gostaria de ter mais um filho, mas hesitava, pois tinha receio de reviver a situação de Luiza com outro filho: *“Assim, eu queria, sabe? Eu pensava. Ah, mas passar de novo. Não, não quero. Entendeu?”* Aqui, pode-se notar a ambivalência da mãe sobre engravidar novamente ou não, uma vez que parece estar presente o medo de outra perda.

Maria conta que realizou a consulta médica de confirmação da gravidez bastante contrariada, pois as pessoas lhe diziam que estava grávida e ela reagia de forma irritada, dizendo que não. Maria refere que foi agressiva com o marido: *“(...) cala essa tua boca, que grávida o que?”* O primeiro teste deu negativo. Porém, acredita que tenha sido sua interpretação errada. Só teve certeza absoluta da gravidez com a realização das ecografias:



“*Que apareceu bem as perninha, os bracinho. Apareceu tudo, assim e eu: meu Deus, eu tô mesmo. Não foi um sonho, não...Sabe?Eu senti alegria, e ao mesmo tempo [fiquei] preocupada. Eu não sabia se eu tava certa ou se eu tava errada que eu tava, né? Eu fiquei naquele sentimento: será que eu tô, será que eu não tô?*” Nesta passagem pode ser observada novamente a ambivalência relativa à nova gravidez, ambivalência natural, presente em qualquer gestação. (Brazelton & Cramer, 1992).

Relata que no início da gestação teve medo de rejeitar a filha: “*Ah, daí começou a me dar medo, né? (...) Meu Deus, eu vou rejeitar essa criança.*”. Conta, ainda, sobre o medo de perder a filha no período gestacional: “*Mas sempre com medo, né? Chegou os três meses e eu: meu Deus. Três meses. Quatro meses. Meu Deus. E me dava dor eu já...*” Além disso, quanto mais próxima dos cinco meses, a sensação de medo ia aumentando: “*(...) Daí quando chegou, meu Deus, entrei em pânico. Eu não fui nem trabalhar(...) Que eu achei, assim, que eu ia sentir dor, que... Eu senti dor, eu senti cólica, sabe? Mas era porque eu tava nervosa demais, né?*” A médica a tranquilizou, dizendo que ela e a filha estavam bem, mas que Maria deveria se acalmar. *É só o sistema nervoso*”. Ela conta que só se acalmou depois de ter ultrapassado os seis meses de gestação: “*Daí passou os seis meses, quando eu vi, eu: bah, passou! Daí deu aquela, não aquela acalmada, mas alívio, né?*” Só conseguiu se tranquilizar mesmo quando atingiu os nove meses: “*Bah! quando eu fechei o nove, então. Meu Deus do céu. Daí foi alegria, né?Daí tá aqui essa pitica. Daí tá aqui, né filha?*”Nesse momento, Bruna balbucia e a mãe responde: *ééé... Parece mentira, né?*” Através dessa verbalização, pode-se supor que para Maria se a filha nascesse aos nove meses de gestação, seria uma possibilidade de sobrevivência para a mesma. Ainda sobre a gestação, Maria refere: “*Ah, a gravidez foi tranquilo, só fiquei muito nervosa porque eu achava que ia ser complicado, que ia sentir dor, que eu ia perder ela (...)*” Aqui, parece estar presente novamente a ambivalência da participante em relação à gestação, para quem foi tranquila, mas, ao mesmo tempo, se sentiu muito nervosa.

Ao ser questionada sobre as expectativas em relação à filha durante a gestação, num primeiro momento Maria permaneceu em silêncio. Repeti a pergunta e ela ainda permaneceu em silêncio. Em seguida ela perguntou: “*A Bruna?*” Confirmei que era sobre a Bruna que estávamos falando e ela disse: “*Ah, eu queria, assim, ver se ela era parecida comigo ou com o Luciano*”. O silêncio de Maria, neste momento, pode ser entendido como dúvida em relação a qual das filhas estávamos falando, dúvida esta que parece permear a relação dela com a filha atual, pois, por vezes, mistura as filhas, como quando troca os nomes das mesmas, chamando a filha atual pelo nome da filha perdida.

Durante a gravidez de Bruna, ao voltar ao hospital pela primeira vez após a perda de Luiza, Maria refere que ela e o marido reviveram os momentos difíceis: *“É que ali foi aonde eu ganhei a Luiza, né? (...) Daí dia 1º foi a 1ª vez que a gente botou os pé lá. Daí veio tudo, assim, na cabeça da gente, né? (...). Daí, claro, que eu me controlei mais por causa que eu tava pensando nela, né?”*

Sobre as expectativas quanto ao parto, Maria afirmou: *“tranquilo (...) ela ia ficar bem. Ela ia nascer bem. Eu não queria que ela ficasse na incubadora, né?”* Foi uma cesariana e teve que ser antecipada devido ao aumento da pressão arterial. Conforme Maria, o parto de Bruna não foi demorado, mas sofrido: *“Ah, foi pra mim, né? (...) Eu fiquei com muito medo. Eu não sabia o que tava acontec...tipo, assim, eu comecei a imaginar o que tava acontecendo com ela, sabe? E daí eu fiquei bem preocupada”*.

A participante diz que a filha *“nasceu o jeito que era pra nascer: branquinha, com os olhos esverdeadinhos”*. (...) *O jeito que eu queria, assim, sabe? (...)*. Aqui parece que a expectativa sobre o nascimento de Bruna foi satisfeita. Já, Luiza, parece não ter satisfeito o desejo da mãe, pois nasceu prematura e ficou hospitalizada, diferentemente do que Maria esperava.

Para Maria, a chegada de Bruna na sua vida significa: *“sobrevivência. (...) Deu vontade de viver de novo. Eu não tinha vontade de viver, eu não tinha nada assim (...). Agora tenho vontade de fazer as coisas. (...) Quero passear.. (...) Ela me deu a vida de volta. (...).”* No entanto, no instrumento ela respondeu que após a perda da filha, sua vida é extremamente insatisfatória, vazia ou sem significado. Assim, Maria parece apresentar ambivalência em relação à filha atual. Diz que sente muita falta da primeira filha e que Bruna a faz lembrar de Luiza devido à semelhança física: *“Eu sinto falta. Principalmente que eu vejo ela, assim. Eu olho pro rostinho... (...) eu acho ela muito parecida com a outra (...).”*

Maria conta que objetos como a cortina e o mosquitoieiro, que eram de Luiza, agora são de Bruna. Além disso, ela refere que vestiu Bruna com uma roupa que era de Luiza, tendo isto acontecido apenas uma vez, porque *“ai, me deu um desespero muito grande, sabe? Que eu enxerguei a Luiza, né? (...) Que o rosto (...) Não é que seja igual, mas uns detalhes é parecido. São irmãs, né? (...) Daí eu não usei mais”*. Novamente aparece uma dificuldade de diferenciação das filhas, o que talvez possa prejudicar a relação de Maria com Bruna, uma vez que a mãe enxerga nesta a filha que já morreu, o que indica que o luto pela primeira filha parece ainda não estar elaborado.

### 3.2.4 A Relação entre a Mãe e o Filho Subsequente

Após amamentar a filha, Maria confere a fralda da menina e avisa que terá que trocar a fralda de Bruna. Enquanto realiza a tarefa, refere preocupação quanto ao manejo com a filha: *“Tá...eu fico preocupada com as coisa, do jeito que eu faço com ela, né?(...) Que eu tenho medo de machucar ela, né?”* Nesse momento, Maria se volta à filha e diz: *“né, filha?”* A menina responde, balbuciando e a mãe segue falando: *“Ah, os primeiros dias, assim, que eu fiquei mais nervosa. Que eu não sabia se eu ia conseguir trocar ela, se eu ia pegar ela, sabe? Daí até o primeiro dia, que foi da minha alta, a minha mãe posou comigo, sabe?”* Durante toda a troca de fraldas mãe e filha interagem uma com a outra: Maria olhando e chamando a filha, e esta respondendo se voltando à mãe e balbuciando.

Maria refere que brinca bastante com a filha: *“Eu converso com ela, faço aviãozinho. Ergo ela pra cima, brinco com ela. (...) E ela adora. Ela dá risada. (...). Aí que eu vi que ela tentou...agora ela tá querendo falar do modinho dela, né?(...)”*.

A participante também refere que interage com a filha de outras formas, além da brincadeira e da conversa: *“Mordo, belisco, né, filha?”* Neste momento, como pode ser percebido através da verbalização, ela se volta para a filha. E segue o relato: *“Ela dá risada. Tem horas que ela não gosta, que é quando ela faz um chorinho [reproduz o choro da filha]. Eu acho que daí ela já tá de saco cheio, já, da mãe dela”*. Maria conta, ainda, que ao notar a reação de desaprovação da filha, beija a menina várias vezes: *“e dou beijo, beijo, beijo...”* Maria parece apresentar uma relação por vezes intrusiva com a filha, que, por meio do choro, consegue mostrar para a mãe que não está gostando da situação. A mãe, por sua vez, ao notar a desaprovação da mesma, a beija inúmeras vezes, talvez com a intenção de reparar sua atitude intrusiva.

Maria refere que a filha olha pouco pra ela: *“Ela me olha pouco, assim, porque como eu tava te falando, se tu olhar, ó, ela tá olhando pra cima, ó. (...)Daí eu que pego e arrumo ela, assim: filha, olha pra mãe. E ela me olha, assim. (...) Só que ela me olha um pouquinho e já olha pra cima, assim. Eu não sei o que é (ri) que chama a atenção nela, assim, e dá risada.(...) Ela fica me procurando. Só que ela olha bem rapidinho”*.

Em relação ao banho de Bruna, Maria refere receio desde os primeiros dias: *“O que eu mais tava com medo, assim, era do banho, né?”* Atualmente, em relação a este momento a mãe refere: *“ (...) no banho que ela chora bastante. Eu acho que ela vê que eu tenho medo (...) De afogar ela (...) Ela não para (...)Mas agora tá tranquilo”*. Pode-se pensar que o medo

de Maria de afogar a filha pressupõe o medo inconsciente de outra perda, e desta vez, possivelmente o medo de que ela própria a concretize.

Quanto à amamentação, ela refere: *“A coisa que eu mais sonhava era dá mamá, assim, no peito, né?(...). E da outra eu não pude dar, né?”* Parece estar presente para Maria o desejo de se superar enquanto mãe, já que agora consegue fazer algo que antes, com o filho perdido, não foi possível. Maria acredita que há influência da experiência da perda da Luiza no relacionamento com a Bruna: *“Toda hora eu fico com medo porque...ela tá bem, daí se ela começa a chorar demais, o que não é o normal dela, daí eu já me preocupo porque eu não sei o que ela tá sentindo. Daí eu já quero levar ela pro hospital. (...)Eu já ligo pra minha mãe, né? (...)Eles dão risada de mim, né? A mãe e principalmente o meu marido. Ele fala que eu quero arrumar coisa. Não é, é que eu fico preocupada, né?”*

Maria refere tristeza ao saber da suspeita de uma síndrome cardíaca na filha: *“Ah, só que daí eu fiquei triste porque...Eu tava alegre. Claro, eu vou amar igual se ela tiver, né? (...) mas bah, é complicado com um filho assim, né?(...) Por que isso, meu Deus? Que eu quero ver só alegria, né?”* Até o momento da entrevista a consulta com o cardiologista sobre a suspeita da síndrome tinha sido apenas agendada, ainda não havia acontecido. Demonstra certa ansiedade referente a outras questões relativas à saúde da filha: *“Ah, mas eu pergunto tudo, né?”* A ansiedade pode ser ilustrada, ainda, através dos questionamentos sobre os aspectos físicos de Bruna, bem como sobre seu desenvolvimento de maneira geral, pois questionou os médicos sobre o aspecto do pé da filha, o qual achava *“meio tortinho”*, e sobre a cabeça da menina: *“Igual aqui da cabecinha dela, todo dia eu passo a mão. Eu vejo que tá...que caroço é esse. Daí eu já pergunto. Mas é o cérebro dela mesmo. A cabecinha que tá crescendo, né?”*

A ambivalência também parece estar presente quando Maria comenta sobre a importância de uma data, a qual se refere ao aniversário de casamento, ao aniversário de dois meses da filha e ao aniversário de morte da filha perdida: *“Tipo, agora, dia dez, eu tô feliz que eu tô com ela, mas ao mesmo tempo, eu já tô triste, né?(...). Uma data só, mas é três coisa, né? É meu casamento, né? (...) Que vai fazer 8 anos e 9 meses, né? Que a gente tá junto. Casados. E ela vai fechar dois. E a minha filha, 3 anos, né, que eu perdi ela”.*

### 3.3. Caso 3 – CAROLINNE

Carolinne tem 20 anos, é separada, vendedora. É portadora do vírus HIV. Mora com os pais e o irmão. Perdeu André, em 2011, devido a complicações de prematuridade e do

HIV. É mãe de Anderson, que tem três meses de idade, e de quem engravidou menos de um mês após ter perdido André.

### 3.3.1 O Filho Perdido

Carolinne descobriu a gravidez de André aos quatro meses e meio. Aos cinco, deu início ao acompanhamento pré-natal. O bebê nasceu prematuramente, aos seis meses, com um quilo e 400 gramas, após um parto cesariana de urgência. Foi levado imediatamente à UTI Neonatal. Carolinne refere ter sido um parto difícil devido aos cuidados que deveriam ser tomados em relação ao HIV. Além disso, os médicos estavam indecisos quanto a realizar uma cesárea, com a probabilidade de provocar uma hemorragia, ou *“se eles esperavam baixar e perdessem o nenê”*. A maneira como ela fala neste momento pressupõe que somente os médicos perderiam André, e não ela. Carolinne parece ter apresentado sensação de impotência em relação ao estado de saúde do filho: *“Eu ia, olhava ele, descia.(...). Eu não podia fazer mais nada”*. Ao mesmo tempo, ela refere que tinha esperança de levar o filho para casa: *“Eu tinha, eu tava, assim, convicta que ia vim, que era meu”*.

Carolinne refere que o filho foi muito forte durante o período de hospitalização. Ela estava presente na hora da morte de André. Estava acompanhada do marido, dos pais e de um casal de tios. Ao ser avisada por um funcionário do hospital que a equipe médica estava lhe chamando, o primeiro pensamento que lhe ocorreu foi o de que o bebê estava bem: *“Eu pensei, assim, que tinha passado o efeito da ane...da...do sedativo e que ele tava acordado”*. Recebeu um abraço do médico de seu filho e este lhe perguntou se gostaria de pegar o André no colo, pois até então ela não o tinha feito. Ela aceitou. O bebê faleceu após o horário de visitação e a impressão da mãe era de que: *“Parecia, assim, que ele tava esperando, sabe, pra dar tchau. (...) E eu não tava preparada.”*

Carolinne também relatou como se sentiu, ainda no hospital, após ter acompanhado a morte do filho: *“Eu já parecia que eu já não tava ali. (...) Eu fiquei tão... tão aérea.(...) Eu não queria acreditar.. (...)Tava torcendo pra ser um sonho.”* Sobre este momento, ela ainda refere: *“(...)tu não sabe explicar como que tu reage. Tu não sabe o que (...) tu sente, se é medo, se é pânico, se é...sabe? (...) Não tem como descrever”*.

### 3.3.2 O Processo de Luto

Carolinne participou das cerimônias de velório e enterro do filho e refere que: *“Parecia, assim, que ele tava dormindo, sabe?”* Diz que só teve certeza da morte do filho quando o pegou no colo: *“Eu peguei ele com o caixãozinho, assim, em cima no meu colo”*. Sua impressão ao ver o filho no caixão era de que *“(...) parecia que não era ele. (...) Parecia que era...que era outra criança, não era o meu”*. Segundo a participante, a sua sensação era de que seu filho estava no hospital, e não ali no caixão. Pode-se pensar em um processo de negação vivido por Carolinne neste momento. Foram o marido e o pai dela que vestiram o bebê para o velório e enterro. Refere que não acompanhou este momento porque a mãe havia lhe levado para casa, pois ela não estava acreditando que o filho estava morto: *“Porque eu não tava ali, eu não tava acreditando. Não era...não era verdade”*. Refere ainda seu estado emocional naquele instante: *“(...). Eu tava apavorada, eu não podia conversar com ninguém, eu não conseguia”*.

Após a perda do filho, Carolinne se isolou a fim de tentar esquecer um pouco tudo o que tinha acontecido, pois além de ter perdido o bebê, descobriu ser portadora do vírus HIV durante a gravidez do mesmo: *“Eu me fechei, me isolei.(...) Eu vendi tudo. (...) Virei as costas e fui embora”*. Ela refere que, nesse momento, sua intenção era: *“Trocar completamente a vida. Era começar de novo”*. Porém, diz não ter conseguido, pois logo em seguida descobriu a nova gravidez: *“Daí eu tive que voltar pra cá pra fazer o pré-natal de novo”*.

Ela conta, ainda, que no dia em que o filho completaria um ano de idade, foi até o cemitério levar um presente pra ele: *“Parece uma coisa boba, né? (...) Comprei dois ursinhos. Comprei três muda de flor...”* O que também parece o medo da mãe de esquecer o filho, medo este que ela conseguiu verbalizar: *“eu tenho medo de esquecer ele”*. Outro sentimento que também parece estar presente no discurso de Carolinne é a impotência, quando ela refere não ter feito nada para André: *“(...) eu não fiz chá de fralda, eu não tirei foto, eu não fiz nada. Nada, nada, nada.”* Carolinne parece demonstrar, ainda, sentimento de impotência frente à perda do filho quando refere: *“De...de não poder ter feito nada. Que eu poderia...ter feito”*. Pode-se perceber, também, no relato da participante, a sensação de vazio após a perda do filho: *“(...) o buraco que fica”*. Neste momento, Carolinne se emociona bastante. É questionada se deseja interromper a entrevista, diz que não e segue falando.

Carolinne comenta, também, que após a perda do filho, não acredita em mais nada. Além disso, apresenta sentimento de injustiça frente à perda do filho na seguinte verbalização: *“Eu não achei justo o que fizeram comigo. (...) Que seria menos pior se tivessem me levado*

*quando deu aquele início de aborto. Se ele tivesse me levado ali, eu não tinha passado tudo que eu passei. (...)Seria uma dor, mas não seria uma dor tão grande. Às vezes chega a ser insuportável. (...)Por que deixar eu ganhar o nenê, eu ficar 70 dias do lado dele, pra no fim não valer em nada. Eu não trazer embora. Eu não pegar no colo. Eu nem poder dar carinho”. Neste momento, Carolinne cometeu um ato falho, pois usa o verbo dar no presente, mas se refere ao filho morto. Assim, parece que Carolinne confunde o filho perdido e o atual. A sensação de injustiça aparece novamente quando ela diz: “Eu falo assim: eu...eu tive um filho, mas eu não tive oportunidade de ser mãe. (...) Ser mãe, de dar carinho, dar mamá, pegar no colo, ãh, cuidar, proteger. (...)” Pode-se pensar que com esta verbalização Carolinne também esteja expressando, de forma inconsciente, um sentimento de culpa em relação à morte do filho, a qual pode-se supor estar sendo entendida por ela como retaliação/castigo por tê-lo infectado com o HIV. A sensação de injustiça aparece, também, quando fala da situação de outros bebês, que segundo ela, eram mais graves que a do seu filho e retornaram pra casa: “(...) É isso que tu não, não entende. Porque o meu aparentemente não tinha nada. Porque ele...ele abria o olho, ele chorava, ele...ele se mexia, não tinha nada no coraçãozinho. Ele não tinha nada nos pulmão, quase, era só por causa que ele era prematuro. (...) Muito injusto”. Ao fazer uma comparação entre ela e a mulher usuária de drogas que, segundo ela, era negligente com o filho ao priorizar o vício em vez da saúde do bebê, também pressupõe sentimento de injustiça. Além disso, refere a situação de uma vizinha que entrega os filhos para adoção: “Imagina como eu me sinto sabendo que tem, tem uma ali que dá os filhos, só falta jogar no lixo. E eu que queria não tive né?”*

Outra questão que aparece em relação ao processo de luto de Carolinne diz respeito à sua conscientização acerca da irreversibilidade da perda do filho: “É tão difícil, assim, tu...Tu ver as coisa e perceber que o que tu quer, tu não tem. O que tu queria, tu...não volta mais. Sabe, não vão te devolver.” Pode-se pressupor que tal percepção talvez seja indício da elaboração do luto desta mãe pelo filho perdido, pois, conforme Worden (1998), é a Tarefa I do luto.

Quanto a fotografias do filho perdido, Carolinne refere ter duas fotos de André, pois perdeu o cartão de memória da máquina que continha as outras. Além disso, o quadro aonde tinha outra foto foi derrubado pela avó e se quebrou e por isso foi guardado. Tais fatos talvez possam ser entendidos como uma forma da família inteira tentar evitar se deparar com a perda do bebê, pois Carolinne diz: “Não sei. Às vezes é difícil. É bem difícil de pegar e lembrar que eu perdi e que não tá aqui. Só que ao mesmo tempo é bom. Sabe?” Neste momento Anderson balbucia. “Parece que cobre um pouquinho daquele vazio que tem”. Ao mesmo tempo,

Carolinne parece estar ambivalente quanto à perda do filho, pois para ela, o contato com as fotos do filho, ao mesmo tempo em que é difícil, também ameniza a saudade: *“Parece que volta um pouquinho. (...) De... de pegar na mãozinha. De conversar. Sabe? Dele rir pra gente. Então...por um lado é bom e pelo outro não é”*. No que diz respeito a outros objetos do filho, como documentos, ela diz: *“Eu tenho... Certidão de nascimento tá junto com o dele, certidão de óbito tá junto com o dele, tá? As foto dele tá tudo dentro da pastinha dele”*. No momento da entrevista, quando a participante inicia essa frase, a impressão percebida foi de que a mãe parece misturar os filhos, pois não fica claro a quem ela se refere quando diz *“tá junto com o dele”* na primeira fala. Porém, em momento posterior ela esclarece que tem uma pasta só com as coisas de André: *“Tem uma pastinha só pra ele. Tudo separadinho”*.

Durante a aplicação do instrumento, ao ser questionada sobre quantas vezes, no último mês, sentiu tristeza associada à relação perdida, Carolinne refere: *“Pelo menos uma vez por semana, assim, dá aquela coisa, sabe? Não poder... parar e ficar pensando: bom, podia tá aqui”*. Pode-se observar, assim, que a lembrança do filho ainda é constante, o que se pressupõe que não poderia ser diferente, à medida que este parece ser um acontecimento natural após a perda do filho. Além disso, pode-se inferir que quando ela diz *“não poder...”* e interrompe a fala, pode estar querendo dizer que não pode sofrer a perda, chorar, pois engravidou logo após a morte do filho e, assim, precisava voltar sua atenção para esta nova gestação. Dessa forma, parece ter inibido o seu luto. Após esta verbalização, Carolinne beija o filho, que está em seu colo, dando a impressão de estar se desculpando com Anderson.

Carolinne recebeu acompanhamento psicológico durante a internação de André, o que parece ter considerado benéfico: *“(...) aquela força que ela me dava pra mim continuar ali todos os dias”* e o interrompeu após a morte do filho: *“Eu já não tinha porque eu voltar”*. Assim, parece que a decisão de interromper o tratamento pode demonstrar dificuldade em se deparar com a perda. Também pode-se pressupor que voltar ao local onde o filho morreu (hospital) para tentar elaborar a perda poderia ser insuportável e até mesmo existir o risco de ser prejudicial para a paciente e para a nova relação que estava construindo com o novo bebê, gerando mais confusão do que já havia.

Outra situação em que Carolinne parece não conseguir se deparar com a perda diz respeito ao desejo de não querer voltar a trabalhar depois da morte do filho, pois, segundo ela, não queria lembrar da época em que estava grávida, o que aconteceria caso voltasse a trabalhar: *“Eu não queria voltar a trabalhar. (...) Eu não queria ter nada que, que lembrasse. (...) Que eu tava grávida e coisa”*. Tal verbalização corrobora a redução da atividade ocupacional e social, conforme mencionado no instrumento.



Carolinne refere que desde a morte do filho tem dificuldade em acreditar que algo possa dar certo. Se faz planos, o primeiro pensamento que lhe ocorre é: *“Isso aí vai dar errado. Porque se der certo, eu saio no lucro, sabe? (...)Porque eu tava preparada: bom, ele vai vim pra casa.(...). E foi uma decepção tão grande, uma perda tão grande, que eu já não, não me preparo mais que vai dar certo(...).”* Tal pensamento parece fazer parte de um comportamento defensivo adotado após a perda do filho.

Ao mesmo tempo em que Carolinne apresenta indícios de não aceitação da perda, como pode ser visto até agora - e o instrumento aponta este aspecto, pois ela responde que tem extrema dificuldade em aceitar a perda, ela tenta se conscientizar a respeito da mesma, o que é esperado num processo como este que ela vivencia, de perda de um filho: *“(...) isso aconteceu e tem que... tem que superar de um jeito ou de outro. (...) É difícil, mas tem que superar”*.

### 3.3.3O Filho Subsequente

Carolinne refere um intervalo de aproximadamente 10 dias entre a morte de André e a concepção de Anderson. Quando questionada sobre a gravidez ter sido planejada, ela responde: *“Não, não foi planejada, mas também não...não foi evitada. (...)Se é pra vim, vai vim. Eu vou ter o meu gurizinho, não adianta”*. Nesta verbalização não fica claro sobre qual filho Carolinne se refere: se ao que perdeu, e ela pode estar desejando-o novamente, ou ao atual.

A participante relata que, ao descobrir a gravidez de Anderson, teve medo de reviver o que aconteceu com André: *“Medo de...de não dar certo dessa vez de novo (...)”*. Reviveu, de certa forma, porque Anderson também nasceu prematuro e precisou ficar hospitalizado por um período, pois aspirou mecônio antes de nascer. Além disso, aparece no discurso da mãe a ambivalência quanto a esta nova gravidez, pois quando a descobriu *“eu não sabia se eu ficava feliz ou se eu ficava em pânico. Porque foi, foi uma coisa assim, tão... tão marcante, sabe?”*

Segundo a participante, a gravidez de Anderson também foi complicada, assim como a de André. Todavia, logo em seguida diz que foi mais tranquila: *“Bom, o Anderson foi complicado também... a gravidez, só que foi mais tranquila”*. Nesta verbalização Carolinne parece mostrar sua ambivalência em relação à segunda gestação. Segue fazendo uma comparação entre as duas gestações: *“Essa gravidez até que foi tranquilo. Porque a outra foi muito, muito complicada. (...) Por causa que a outra...eu descobri que tava grávida. Aí eu descobri que eu já tava com início de aborto. Daí veio a descoberta da doença. Daí ele já*

*nasceu antes. Daí deu...sabe? Foi muito, muito difícil*". Ao confirmar a nova gravidez, Carolinne procurou a psicóloga que lhe acompanhou anteriormente: *"Pra ver se ela me botava uma luz, se era pra mim ficar feliz ou não"*. Mais uma vez aparece a ambivalência em relação à nova gestação. Esta profissional também indicou um acompanhamento psiquiátrico para Carolinne: *"Porque eu tava tão... desnorteada, sabe? Tão... que eu tava tão fora da realidade, que eu tava confundindo já uma gravidez com a outra. (...) Eu tava...eu tava misturando, como quem diz:ah, o meu nenezinho, o André, isso e aquilo. (...) Eu ainda, eu não tava vivendo o Anderson. (...)Eu ainda não tinha virado aquela página"*. O acompanhamento psiquiátrico também foi breve: o médico optou por não indicar medicação para Carolinne devido à gestação. A partir das entrevistas realizadas com a participante, bem como da observação da díade mãe-filho realizada para este estudo, se pressupõe que Carolinne ainda não está "vivendo" o Anderson totalmente, pois há uma tendência (inconsciente) em não diferenciar os filhos, como pode ser notado quando ela troca os nomes dos mesmos, chamando o filho atual pelo nome do filho perdido.

A participante relatou que no início da gestação subsequente teve medo de não saber cuidar do filho, e que se fez perguntas para as quais, segundo ela, não tinha respostas: *"Então no começo eu fiquei apavorada. Apavorada, assim, que eu não sabia o que eu ia fazer. (...)Se... eu ia ser capaz de cuidar dele. Se...nossa! Foi um monte de pergunta, assim, que...que não teve resposta, sabe?"*A dúvida sobre a capacidade de cuidar do filho, verbalizada nesta passagem, pode ser entendida como esperada, pois ela já havia vivenciado uma perda e poderia ter a fantasia de que seu filho morreu por sua negligência em relação aos cuidados com o mesmo.

Para Carolinne, o retorno ao hospital onde perdeu o bebê, para o acompanhamento da nova gestação, pode ser visto como uma revivência da perda: *"(...) O primeiro dia... foi horrível. (...)Eu (...) eu passei por todos os médicos, por todas as enfermeiras que cuidaram dele. (...) Eu não queria voltar mais.(...) Então... eu tive, tive que voltar por causa do pré-natal dele. (...) Porque senão eu não voltaria"*. Este desejo de não querer voltar ao local onde ocorreu a perda do filho também foi observado no estudo de Reid (2003).

Carolinne refere que durante a gestação de Anderson: *"(...)só queria que ele estivesse com peso bom, que não tivesse nada. (...) E que viesse de tempo, né?(...) De nove meses. (...) E mesmo assim ele veio antes. (...) Eu digo: esse aqui vai ser teimoso"*. Chama a atenção esta última frase da mãe, pois ela parece fazer uma comparação entre os filhos, pois parece se referir à sobrevivência de Anderson como se fosse teimosia do mesmo, diferente de André, que morreu.

A única intercorrência que teve durante a gravidez foi permanecer hospitalizada por quatro dias para realizar o controle da glicose: “*É só...o meu problema é só a glicose*”. No entanto, também refere que a gravidez foi de risco devido à diabetes. Além disso, parece negar o fato de ser portadora de HIV e estar grávida, o que mereceria atenção, considerando o risco de transmissão da doença para o bebê. Nesse sentido, os estudos revisados por Gonçalves e Piccinini (2007) indicam que a infecção pelo HIV/Aids pode alterar de muitas formas a experiência da gestação e da maternidade, gerando uma sobrecarga psicológica relativamente ao estigma e com risco de transmissão para a criança. Também constataram referidos autores que alguns estudos brasileiros indicam que a maternidade é sobrevalorizada pelas gestantes portadoras de HIV, colocada acima da infecção. No entanto, Carolinne refere que após saber o diagnóstico e a perda do filho, fez tentativas de suicídio, as quais podem ser entendidas como associadas a sentimentos de culpa e medo, presentes em gestantes e mães portadoras do HIV/aids, que poderão causar sofrimento psíquico profundo (Carvalho & Piccinini, 2006; Gonçalves, 2007).

Carolinne relatou que, durante a gestação, ao pensar no parto, ela “*ficava em pânico*”, pois tinha receio de que os médicos não soubessem sobre o vírus, a pressionassem para realizar parto normal e o filho fosse contaminado pelo HIV. Carvalho e Piccinini (2006) revelam que o desconhecimento das medidas profiláticas durante o trabalho de parto, na prática, gera insegurança e preocupações entre as gestantes portadoras do HIV/Aids. Referem os autores, que por ter consciência que o parto exige cuidados redobrados para evitar a infecção da criança aumenta a tensão e o medo dessas mães. Conta que seu parto deveria ser realizado no hospital de referência onde realizou seu pré-natal, porém não havia leito disponível. Tal fato a preocupou: “*Foi um pânico. Eu bem assim: já imaginou se nasce igual o Anderson...o André. Meu Deus! E não vai durar. Não vai durar. (...)ainda bem que deu tudo certo . Foi só pequenos detalhes, né filho? Pequenos detalhes que... quase me deixaram louca, né, mas tudo bem*”. Nesta verbalização Carolinne novamente confunde os filhos pela troca do nome dos mesmos. Além disso, a frase “*Não vai durar*” ilustra o receio que ela tinha na época do parto, receio que o filho subsequente não sobrevivesse, como aconteceu com o anterior. Merece destaque, ainda, o momento em que ela se refere a toda esta situação permeada de angústia como pequenos detalhes, como se a possibilidade de outra perda fosse apenas um detalhe.

Carolinne refere que durante o nascimento de Anderson estava “*muito nervosa*”, com bastante tremores e que seu pensamento naquele momento era: “*tá, tô vivendo tudo de novo, só mudou o local. Vai acontecer tudo de novo (...) Aquele pânico que te dá*”. Ainda sobre o

parto, Carolinne refere: *“Os dois foi cesárea: um porque era muito cedo, o outro porque era muito apressado”*. A partir desta fala da participante pode-se inferir que para ela um morreu muito cedo (André) e o outro (Anderson) nasceu muito cedo também. Desse modo, parece que ela não pôde elaborar a perda do primeiro filho, pois engravidou de Anderson menos de um mês depois, o que também denota a mistura que ela faz entre os bebês.

### 3.3.4 A Relação entre a Mãe e o Filho Subsequente

A chegada do segundo filho, conforme a participante, foi indescritível: *“Ah, não tem como explicar. Foi assim...um recomeço. Ou uma chance, uma realização, sabe? (...) foi uma compensação, sabe? (...) Como se eu não tivesse tido do outro, desse aqui eu tenho a chance, esse aqui eu vou fazer. (...)Deu um outro ânimo, deu...uma alegria muito grande, né?”* Nesta verbalização, Carolinne fala em outra chance de ter um filho, como se não tivesse tido esta chance com André. Pode-se pensar, a partir disso, que a nova maternidade pode ser vista por ela como uma oportunidade de fazer tudo aquilo que não fez para André, nova chance de ser uma boa mãe, como se não o tivesse sido para o filho perdido, pois este morreu.

Carolinne conta ter dado este nome ao filho porque *“queria uma coisa parecida com André (...). Então eu botei com a letra A, só que eu queria um nome diferente. (...)”* Nesta verbalização parece estar presente a ambivalência de Carolinne em relação aos filhos. Além disso, ela conta que *“(...) às vezes, assim, a gente troca os nomes, né filho?. (...) Mas agora a gente sabe que... (...). Não é o André, é o Anderson, né, filho? (...) Aí eu peço desculpa pra ele”*. Neste momento ela sorri de maneira constrangida. Carolinne parece demonstrar sentimento de culpa ao trocar os nomes dos filhos, pois após se dar conta do erro cometido, pede desculpas ao filho. Ela refere que algumas vezes vestiu Anderson com uma roupa que era de André. Quando questiono sobre como ela se sentiu ao fazer isso, ela diz: *“Ele não, ele não usou. (...)Tava só ali, sabe? (...) Aquilo dali não significava nada. (...)Que me lembrasse ele.(...). Não chegou a ser dele. (...)Mas tava ali.(...)Tava esperando um nenê. E agora veio o Anderson. Meu nenê chegou. É outro, mas ele veio”*. Parece que para Carolinne, tanto ela quanto a roupa estavam esperando um nenê, independente de quem fosse, André ou Anderson.

A participante conta que nos primeiros dias após o nascimento do filho *“tinha medo de pegar ele e quebrar”* e ri. A mãe dela vestia e enrolava Anderson com dois cobertores, para deixá-lo mais firme, antes de Carolinne pegá-lo: *Ah, ele soltinho, ãã. Assim eu não pegava. (...) Só de tip-top ou...Aí o banho também, a mãe que dava, que eu não..., não me garanto*

*ainda.*” Nesse momento ela ri novamente. O medo de quebrar o filho pode ser entendido como medo de matá-lo, como pode ter sido a sua fantasia em relação a André.

Conforme a mãe, André e Anderson são iguais fisicamente. Além disso, a semelhança entre os filhos está presente na seguinte fala: *“O André, eu chegava (...) Eu chegava e botava a mão nele, ele sentia e olhava e procurava. (...) E esse aqui ele já procura, já grita, já ri, já tá... Então tem...tem uma diferença, mas é praticamente...a mesma experiência, sabe?”* E ao mesmo tempo, ela faz uma tentativa de diferenciação a partir de questões de realidade, aspectos físicos: *“Mas o André, ele era bem pequenininho, ele tá com 50 cm esse aqui. Ele tava com 41 e o peso dele era bem magrinho, não tinha essas bochecha grande aqui”*. Carolinne conta que brinca e conversa com Anderson: *“Ah, a gente conversa bastante. Eu só não mordo ele ainda porque ele tá muito pequenininho”*. Relata, também, a reação do filho: *“Quando eu dou beijo no pescoço dele, ele chega a virar assim e vira os olhos”* Neste momento ela imita o filho, ri e segue falando: *“(...) cafuné, então, na cabeça dele...pode contar, que aí ele fica...Ele chega a dar risada alta”*.

Carolinne acredita que *“de um jeito ou de outro”* a perda de André influencia sua relação com Anderson, pois tenta *“dar pra ele o que o André não teve”*, como carinho, proteção *“como eu não consegui fazer pro outro.(...) como se eu tivesse transferindo o carinho que eu ia dar pra ele, pro Andr... pro André, eu tô dando pro Anderson.(...) Então é tudo meio que em dobro. (...) Tô...boba (sorri). Não pode chorar. Não pode ter dor. (...) Então tu tenta proteger em dobro, tu tenta dar carinho em dobro, tu tenta (...) Não deixar nada acontecer. (...) Então porque o momento que eu ganhei o André e perdi ele, foi um momento intenso, uma coisa assim que, que não tem como tu esquecer, não tem como tu passar por cima, não tem...sabe?”* Aqui ela refere que não tem como passar por cima da perda, mas engravidou menos de um mês após a mesma, o que dá a impressão de não querer se deparar com a morte do filho. Segue falando: *“E essa intensidade de tudo sentimento que tu sentiu, de uma certa forma ela te dá força pra ti conseguir passar coisas boas pro mundo. As coisas ruins a gente tenta esquecer. Tenta, só que é uma marca, como uma cicatriz. Não vai sair. Não adianta”*. Nesta passagem parece estar presente a ideia do luto como eterno, o que corrobora a literatura (Casellato, 2002; Parkes, 1998; Walsh, 2005).

Carolinne diz que, cada vez que fala na perda do filho, chora. Diz ser impossível não chorar, e falar com *“indiferença”* no assunto: *“Porque não tem diferença nenhuma entre os dois. Os dois são meus. Os dois de certa forma tão aqui. Entende? Um teve de passagem, mas ele continua aqui comigo. E o Anderson continua comigo também. (...). Às vezes eu olho pro Anderson, eu penso: bom, o André era pra tá assim. O André tá aqui. Porque eu nunca vou*

*esquecer dele. (...) E o que eu fo...o que eu tentar fazer vai ser pra não esquecer (...) Porque é meu. Não adianta. Né? (...)*” Novamente aparece a dificuldade de diferenciação da mãe em relação aos filhos.

### 3. 4. Caso 4 – BEATRIZ

Beatriz tem 38 anos e é casada. Completou o ensino médio. É dona de casa. Mãe de uma menina de quatro meses. Beatriz perdeu dois filhos: um bebê recém-nascido, há cerca de 8 anos, devido a uma má formação congênita, e um adolescente de 18 anos, por homicídio, há 3 anos.

#### 3.4.1 Os Filhos Perdidos

Guilherme nasceu em outubro de 2004, com dois quilos e 360 gramas e ficou internado na UTI Neonatal por aproximadamente um mês e 10 dias devido a uma cardiopatia congênita. Beatriz acompanhou o período de internação do filho. Para ela: *“Foi muito deprimente ver o sofrimento daquela criança. Pra que vim ao mundo pra sofrer que nem ele sofreu. É isso que eu me...que eu fico braba, pra que não nasceu morto, então? Porque é o sofrimento que te abala”*.

Quanto à cirurgia do filho, Beatriz refere que quando o estado de saúde do mesmo piorou, e ela deveria decidir se autorizava a cirurgia, hesitou em assinar a autorização, pois sabia que ele ia morrer. Foi orientada pelo médico sobre os riscos e benefícios da cirurgia e a autorizou: *“Aí eu assinei, mas... quatro horas depois ele veio a falecer. Foi muito, muito triste”*. Através desta fala, pode-se pressupor que Beatriz se sente responsável pela morte do filho, uma vez que autorizou a cirurgia e pouco tempo depois ele morreu.

Durante a internação de Guilherme, a participante fez um pedido a Deus: *“Deus, se for pro meu neném ficar assim do jeito que ele tá, e amanhã ou depois eu ter que voltar aqui com ele, pra ele fazer uma nova cirurgia (...), leva. Eu não tenho condições de cuidar de uma criança assim”*. Beatriz refere que também não tinha condições *“mentais”* de cuidar do filho. Após a cirurgia, teve receio de ver o filho e foi incentivada pelo marido. Não aceitou acompanhamento psicológico nesta época.

Parece que Beatriz não negava o estado de saúde do filho de forma consciente, mas de forma inconsciente parece que havia uma negação, pois, no momento em que o filho morreu, ela estava ao seu lado, mas não percebeu o que havia ocorrido: *“Daí eu entrei, aí eu botei a*

*mão no bracinho dele e disse: Guilherme. Aí deu pra ver, assim, que ele pretiou da cabeça aos pés”. Este trecho parece ilustrar a fantasia de que ela mesma matou seu filho. Segue falando sobre a morte do bebê: “Mas eu não sabia que ele tinha morrido. Claro que era pra mim saber. Mas é que eu não sei onde é que eu tava com a mente(...). Só vi que os aparelho tinha parado, né?” Mas até agora, aquela hora não tinha caído a ficha. Mas doutor, ele morreu?(...). Ah, comecei num choredinho. Claro: eu não esperava, né, que ele fosse morrer logo quando eu entrasse. Nossa, aquilo pra mim foi...acabou com a minha vida.(...) Foi muito triste”. Ao ser questionada sobre o ano em que Guilherme morreu, Beatriz demonstra uma certa confusão: “Faz 8 anos. Não sei se foi em 2005, 2006. Nós estamos em 2012, né?”*

O filho adolescente de Beatriz permaneceu 36 dias hospitalizado na UTI, após ser atingido por cinco tiros em um conflito com traficantes de drogas. Beatriz refere que pediu para Deus levar o filho embora, diante da possibilidade dele permanecer em estado vegetativo: *“Leva porque não é justo ficar aqui”*. Imediatamente depois desta fala, ela diz: *“Pedi, pedi tanto pra Deus: Senhor, não leva meu filho. (...) Depois eu parei e pensei: (...) É a vontade de Deus, não é nós. Se for da vontade dele, vai levar. Agora, eu já disse pra Deus: eu não quero um filho vegetativo em cima numa cama. Porque não é justo um rapaz que caminhava, um rapaz que tinha tudo pra ser um grande homem, agora tá em cima de uma cama vegetativo. Né, Deus é que sabe. Eu larguei nas mãos de Deus. Eu parei de pedir pra ele”*. Nesta passagem pode-se perceber a ambivalência da mãe em relação à morte do filho.

Beatriz descreve o filho como um rapaz companheiro. Tomavam chimarrão juntos. Iam a festas, frequentavam um bar. *“Era um rapaz, um baita dum gurizão. Tão bonito. Magrão. Bem branquinho. Não tinha os olhos verdes. (...)”*. Ao mesmo tempo em que parece idealizá-lo (como toda mãe), reconhece os defeitos do filho: *“E o meu guri era um guri violento na rua e tinha tchaco. A fama dele não era boa, sabe? Dava-lhe pau nos outros. (...) Então o cara matou ele, assim, atirou nele porque sabia que se ele não fizesse isso aí, o Fabrício ia pegar ele”*.

Morreu pouco tempo antes de completar 19 anos. Quando questionada sobre a data do episódio, Beatriz hesitou: *“Acho que 2009, 2008. Nós tamo em 2012. Vai fazer 3 anos agora dia 12 de outubro”*. Diferentemente de Guilherme, Fabrício faleceu na presença do pai. Ela ainda estava em casa quando recebeu a notícia do marido: *“Daí eu comecei: ué, o que que houve com o Fabrício, ele não tá bem? É, o Fabrício morreu. Eu disse: é? Mas eu não chorei”*. Beatriz verbaliza a sensação naquele momento: *“Ah, eu senti uma angústia, assim, parecia que eu ia explodir. (...) Um quenturão, assim, no peito, que subia até o pescoço, entre*

*a cara, mas eu não sei, acho que ia me dar um enfarte aquele dia. Mas eu fiquei pra mim, eu não falei pra ninguém”*

### 3.4.2 O Processo de Luto

Beatriz participou do velório e do enterro de Guilherme e conta que não chorou nestes momentos e nem meses depois. Diz não saber o motivo de ter tido tal reação. *“Eu só fiquei que nem eu falei: com raiva de tudo. Pirada. Eu poderia, acho, que matar uma pessoa, assim, a sangue frio, com as unhas, com as mãos, sabe? De tão estranho, assim. E muitas pessoas chorando pela perda daquela criança tão pequeninha. (...) Depois duns tempo a ficha caiu. Aí eu passava o tempo todo só chorando, assim. Muito debilitada”*.

Beatriz conta que o velório do filho estava lotado, mas tinha a impressão de que a maioria eram curiosos, pois o bebê ficou inchado, *“com um cabeção”*. Diz, ainda que o filho parecia *“uma criança muito feia, assim, falecida. (...) A maioria dos bebês que morre, eles não ficam daquele estado feio, inchado, assim”*. Conta que ouviu um comentário sobre o tamanho da cabeça do filho e explicou para a pessoa que o bebê havia ficado daquele jeito devido à medicação ingerida por ele. Diz que se irritou pelo fato das pessoas ficarem olhando para a cabeça do filho, e que sentiu vontade de agredi-las fisicamente e deixá-los *“com o cabeção”* igual ao do filho.

Beatriz conta que recusou acompanhamento psicológico durante a internação e após a morte do filho: *“Ah, eu fugi deles porque tavam pensando que eu tava louca. Eu disse: eu não tô louca, eu tô é com dor. A dor que eu tenho não é loucura, é uma dor que tá viva, é uma coisa que eu tô passando. Não é o psicólogo que vai me tirar essa dor”*.

Beatriz refere que após a morte de Guilherme ficou *“recalcada quando via nenês no colo dos outros (...) eu tinha vontade de dar nas pessoas. É...foi horrível”*. Isso ocorreu inclusive com o sobrinho, com quem ela foi conversar só aos cinco anos do menino. Refere que tal situação *“foi um abalo muito grande”*, pois ela tinha a fantasia de que o pensamento da irmã era *“garanto que ela queria que o meu tivesse nascido doente. (...) Por que que o dela foi acontecer isso e o meu não aconteceu nada...Provavelmente ela deve ter pensado, a gente nunca conversou sobre isso”*. Beatriz relata, ainda que se encontrasse uma mulher grávida, contava a história de Guilherme: *“Só pra pessoa ficar com medo. Olha bem se tem cabimento”*. Neste momento ela sorri e segue a fala: *(...) Coisa de criança mesmo, de...sei lá”*. Fica evidente a raiva como reação à perda, por essas e outras atitudes relatadas.



Beatriz diz que depois da morte de Guilherme ficou “*bem retardada*”. Na época cogitou a possibilidade de internar-se, mas não o fez, pois pensava que se tomasse remédio “*pra alguma coisa*”, poderia acostumar e começar a acreditar que estava ficando “*retardada mesmo*”. Diz, ainda, que não tomou medicação, mas adoeceu. Emagreceu bastante e passou a fumar cada vez mais. Quando ela comenta sobre o fato de tomar remédio “*pra alguma coisa*”, parece estar falando de se medicar para não viver o luto. Beatriz conta, de forma bastante irritada, ter sido criticada por clientes por ter fumado durante a gravidez de Guilherme, e que, para eles, esta teria sido a causa da má formação congênita do menino. A partir disso, questionou o médico sobre o assunto, e este falou: “*(...) não teve culpa teu cigarro, mãe. (...) Ele nasceu com essa má formação congênita dele*”. Este trecho parece ilustrar o alívio da culpa sentida por Beatriz após a confirmação do médico sobre a não influência do uso de cigarro por ela na saúde do filho.

Beatriz refere que após a morte de Guilherme foi trabalhar, pois não suportaria permanecer em casa: “*Se eu tivesse ficado em casa direto eu não sei o que teria feito da minha vida. Não sei se não teria passado uma corda mesmo no pescoço*”. Tal questão aparece durante a aplicação do instrumento, quando Beatriz refere não ter sentido redução significativa na sua vida ocupacional após a perda.

Após a morte do filho, Beatriz manteve os objetos do bebê em seu quarto por mais de um ano, sendo que a roupa que o menino vestia na hora em que morreu ela deixou estendida na cama dele, pois tinha a fantasia de que o bebê pudesse voltar. Somente após três anos, Beatriz doou as roupas e objetos de Guilherme para uma das enteadas. Demonstra certo arrependimento logo após ter tomado tal atitude: “*Mas quando eu tirei aquelas coisa de dentro de casa fiquei tão mal que eu queria buscar de volta tudo as coisa. Porque até então pra mim era um conforto ver aquelas coisa dentro de casa. E de repente eu tirei tudo. Nossa! Eu fiquei mal. Porque a qualquer momento sei lá, eu tinha a impressão que ele taria dormindo*”. Em relação às roupas de Guilherme, Beatriz segue falando: “*Mas as roupinhas que tinha e que eu gostava de botar nele no hospital, porque eu dei banho nele lá, eu mudava ele lá, eu cuidei dele lá antes dele ir pra UTI*”. Pode-se observar através desta última fala que a mãe tenta justificar que cuidou do filho. Conta, também, que a documentação do filho ainda está no hospital e que ela não tem nenhuma fotografia do menino, pois pensava que ele voltaria pra casa e não queria tirar foto dele no hospital.

Quando questionada sobre a maneira que encontrou de lidar com a sua dor, ela respondeu: “*Quando nasceu a gurria, essa neta do Roberto. (...) Aí eu melhorei. (...) Aí eu*

*fiquei boa. Foi um...a...com o nascimento da neta do Roberto foi o que me levantou... do caixão mesmo (...). Nossa, eu não saía de lá. (...)*”.

Quanto a Fabrício, Beatriz questiona por que o filho não morreu na hora em que levou os tiros e a razão do sofrimento passado por ele enquanto esteve internado: “(...) *Porque se morreu, tu vai sofrer mesmo ali. Tu vai ter que fazer o enterro. E assim, a gente sofreu por quantas vezes mais? É imagens que nunca mais vai sair da tua mente. Isso vai junto pro caixão, o dia que tu morrer*”. Chama atenção que nesta verbalização, a participante fala sobre o seu sofrimento durante a hospitalização do filho, e não sobre o sofrimento do mesmo. Pode-se perceber a intensidade do luto materno, que, conforme a literatura já citada, pode ser visto como eterno. Outra fala da mãe ilustra o mesmo: “*Todos os dias eu lembro. Sonho. Não tem como tu não lembrar, né? É muito difícil, assim. Eu acho que a gente não esquece mais. Morte do pai, da mãe, parente, né? Eu acho que dum filho, duma irmã a gente não, não se recupera mais*”

Em relação ao velório e ao enterro do filho, Beatriz afirma não ter chorado e ter sido criticada por isso: “*Tava todo mundo até brabo comigo porque eu não chorei no velório*”. *Eu não consegui chorar no velório, e nem no enterro. (...) Nada, nada, nada*”. Beatriz conta que “*por muito tempo eu não chorei por ele, acho que uns sete, oito mês. Eu sentia falta dele. Mas pra mim ele tava viajando.(...) Como se eu tivesse ali e ia chegar. Então eu preparava a minha comida e botava o prato dele . Até hoje o prato dele. Agora não boto mais na mesa, mas tá ali dentro do armário. Não dei pra ninguém, né? Mas eu fiquei um pouco bem desnorteadada. (...)Era um conforto quando eu entrava no quarto dele, sentia o cheiro dele*”. Nesta passagem, parece estar presente a dificuldade de aceitação da perda do filho.

Beatriz refere que guardou “*brinquedinhos*” do filho, como tazzo, bolitas e figurinhas, pois “*ele era bem criança*”. Além dos objetos, Beatriz guardou apenas uma camiseta do filho, porque ele vendeu a maioria e o restante ela colocou no lixo, pois não poderiam mais ser usadas: “*Porque era só caco que ele aparecia aqui em casa. Saía todo bonitão, chegava só todo remendado, segurando as calça com uma tira de sacola amarrada na cintura*”. Beatriz tem fotos do filho no computador, um álbum e uma foto emoldurada dele quando bebê, a qual ela deixa no quarto do rapaz, embora refira o desejo de colocá-la na sala, como pode ser visto: “*Eu não tenho um lugarzinho pra botá aqui, ó. Que eu quero mandar fazer um pra Fabiana assim. E botá os dois junto pra ver quem é que eles vão dizer quem é que é o Fabrício e quem é que é a Fabiana*”. Tem outras fotos do filho no telefone celular e mostra uma que carrega na carteira: “*Ah, quando ele era vivo eu era gente. (...) Nunca mais eu me arrumei*”.

Beatriz conta, ainda, que nunca evitou entrar no quarto do filho. Neste momento, mistura os nomes dos três filhos, como pode ser visto na seguinte verbalização: *“De entrar no quarto do meu... guri. Até as coisas do Fabrício, da Fabiana não te..., do Guilherme não tenho, porque eu dei tudo, né?”* Esta mistura dos nomes dos filhos perdidos e da filha atual denota uma grande dificuldade desta participante em diferenciar os filhos, inclusive misturando o nome da filha atual, que está viva, aos nomes dos filhos perdidos.

Após a perda do filho adolescente, Beatriz relata revolta ao saber da gravidez de outra irmã: *“Daí eu perdi o Fabrício. Aí me acontece da minha irmã, essa mais nova, queria ficar grávida. E eu pedindo a Deus: tomara que ela não fique grávida antes de mim. Porque senão... eu vou ficar indignada, pensei pra mim. Ela tem dois filho, eu não tenho nenhum. Então quem tem que ter um outro filho sou eu. E a guria não ficou grávida primeiro do que eu? Pra que? Fiquei inimiga dela. Eu fui aparecer na casa dela chorando um dia quando ela tava de sete mês, que eu me arrependi, que eu tinha ficado de mal com ela. (...) Pedi perdão pra ela...”*. Neste trecho, aparece o sentimento de injustiça vivido por Beatriz. Tal sentimento também aparece na seguinte verbalização: *“Eu disse: mais uma vez eu tô passando por isso. Eu não acredito, eu acho que vou passar uma corda no pescoço. Comecei a pensar. Fiquei com vontade mesmo”*. Aqui também aparece um pensamento suicida de Beatriz.

Beatriz refere não aceitar as perdas: *“Eu não concordo [com a perda]. Se ele [o Guilherme] tivesse aí, hoje eu não teria a Fabiana. Se o Fabrício tivesse, eu também não teria ela. Porque era excluído. Não queria mais filhos. Eu já tinha ele, então...”*A não aceitação das mortes dos filhos também está presente na seguinte fala: *“Eu tenho dificuldade porque eu não aceito, assim, perder um filho que nem eu perdi o Guilherme. (...)Hoje ele teria 8 anos. E, o Fabrício foi um...trauma ele ter morrido. Não aceito(...)”*Tal questão também aparece durante a aplicação do instrumento, pois refere que tem tido extrema dificuldade também em aceitar as perdas. Beatriz relata, ainda, que a perda do filho adolescente foi mais difícil do que a perda do bebê, como pode ser visto na seguinte verbalização: *“Acredito que do Fabrício, foi o que mais me derrubou.(...) O Guilherme me detonou bastante, mas...eu perdi ele, ele tinha, ele nunca veio pra casa. (...) Claro que ele me faz falta, mas não é que nem um filho de 19 ano. Né?”*

### 3.4.3 O Filho Subsequente

Beatriz engravidou da Fabiana um ano e seis meses após a morte de Fabrício. Quando questionada sobre como descobriu a gravidez, responde: *“Todo mês eu tava grávida. De tanto*

*que eu queria ter esse bebê. Era coisa da cabeça mesmo, né?”* Conforme esta verbalização, parece que a participante sentia tanta vontade de engravidar novamente que acredita ter vivenciado uma gravidez psicológica. Ao confirmar a gravidez, ficou muito feliz, embora nunca tivesse desejado ser mãe de uma menina, pois desejava ser mãe de outro menino: “(...) *eu nunca quis ter guria, eu sempre gostei de guri*”. Quando realizou a ecografia e soube que era uma menina ficou *“bem chocada. Eu disse: uma menina, mas eu nunca quis ter menina (...) O primeiro dia eu quase morri chorando que era uma menina.”* Beatriz relata que neste momento se questionou se saberia cuidar da filha, como seria ser mãe de uma menina e se a filha seria sua amiga. Diz que após este primeiro momento, ficou *“toda feliz. (...) Aí depois eu disse: ah, que seja bem vinda. Vai ser muito feliz, vai me dar muita alegria”*.

Durante o banho da filha, Beatriz diz que a gravidez da menina foi *“muito desejada”* (*sic*). Refere isso com certa desanimação. Em seguida, fala na morte dos filhos. Além disso, diz que: *“um filho não substitui o outro, mas ajuda muito, assim, o meu dia a dia, a minha vida. A alegria que a Fabiana nos dá”*. Pode-se perceber nesta passagem que mesmo que Beatriz fale na filha, sempre se remete também aos filhos perdidos. Reid (2003) em sua pesquisa, refere que as participantes entrevistadas por ela faziam o mesmo, ou seja, enquanto falavam sobre os filhos atuais, sempre mencionavam os filhos perdidos.

Sobre a escolha do nome do bebê, antes de saber o sexo do mesmo, Beatriz refere ter pensado: *“Fabrício eu não ia poder botar. Vai ser Fabiano daí.”* Através deste desejo de colocar o mesmo nome do filho perdido no bebê subsequente, aparece novamente a dificuldade de Beatriz de diferenciar os filhos. Em relação a esta questão do nome do filho subsequente ser o mesmo do filho perdido, Bromberg (1998) refere ser este um risco de substituição corrido pelo filho subsequente.

Beatriz conta que nesta gravidez se sentiu *“mais feliz que a gravidez dos outros filhos”*, pois acredita que por estar mais madura, sabe cuidar melhor da filha. Parece estar presente, aqui, para Beatriz, a ideia de que por estar mais madura, Fabiana sobreviverá, pois saberá cuidá-la. Pode-se pressupor, assim, que Beatriz associa a morte dos filhos à sua inexperiência como mãe. Exemplifica tal associação com o fato de que antes não sabia dar banho nos filhos e precisava do auxílio de outras pessoas para realizar esta tarefa.

Beatriz vivenciou toda a gestação com receio de que a filha nascesse com Síndrome de Down. Diz que não estava preparada para *“ter um filho”* com esta doença, pois acompanha o envolvimento de uma enteada que é mãe de uma criança portadora desta síndrome. Chama atenção que Beatriz, ao falar sobre este receio, diz filho. Aqui parece estar presente o imenso desejo dela ter outro filho, e não uma filha, como tem.

Quando questionada sobre as suas expectativas em relação à filha durante a gestação, Beatriz refere: *“Eu nunca pensei que ela fosse nascer a cara do meu guri (...)”*...eu imaginava ela parecida comigo. Morena, os olhos bem verde, que fosse ficar verde...(...)” Ainda sobre a filha, Beatriz refere: *“Não pensei que ela fosse ser... parecida com guri, porque ela é parecida com um gurizinho (...) Ela tem cara de gurizinho. Às vezes as pessoas tão olhando pra ela, e ela tá de brinco, tão perguntando se é menina ou menino”*. A partir desta verbalização, não está claro se são as pessoas que confundem o sexo da menina, ou se é ela que, inconscientemente, confunde a filha com um menino, talvez com seus filhos perdidos.

Quando questionada sobre outras perdas, Beatriz refere que perdeu uma irmã quando ainda era pequena: *“Eu era pequena, mas eu lembro dessa irmãzinha até hoje. (...). Eu devia ter o que, uns 7, 8 anos.(...). E ela era mais pequenininha que a Fabiana. E eu nanava aquele nenê, eu brincava com ela, fazia cosquinha nela. E de repente aquele nenê sumiu. E eu vi ela em cima de uma mesa sendo, um monte de vela, e eu não entendia nada”*. A partir deste relato, pode-se pressupor que Beatriz nunca quis ter menina devido à perda desta irmã. Pois poderia ter a fantasia de que a mataria, como pode ter sido em relação à irmã perdida, uma vez que era ela quem tomava conta da menina.

#### 3.4.4 A Relação entre a Mãe e o Filho Subsequente

Quando questionada sobre o significado da chegada de Fabiana, Beatriz refere: *“Porque hoje eu tenho a Fabiana, assim, que preenche a vida, me alegra a vida. Mas teve dias, assim, que eu não queria mais viver. Não tinha motivos pra viver. Hoje eu não posso dizer isso porque eu tenho a nenê. (...) Não é que eu esqueci dos outros, mas hoje eu posso dizer que eu tô feliz. Não por completo, porque eu não tenho o Fabrício, não tenho o Guilherme, né? (...) Hoje eu tô melhor do que um tempo atrás”*. No entanto, durante a aplicação do instrumento, Beatriz referiu que sua vida é extremamente insatisfatória, vazia ou sem significado desde as perdas. Parece que para Beatriz a chegada da filha é vista como “recuperação” do luto pela perda de Fabrício, como pode ser visto a seguir: *“(...) agora, com a perda do Fabrício, a vinda da Fabiana. Isso que me recuperou. Que até então... Eu tava um caco. (...) Mamãe tava um caco. Tava, não, mamãe tá ainda”*.

Beatriz refere que costuma brincar com a filha: *“Fico conversando com ela, jogo ela pra cima. Ela dá risada. Mordo as costinha dela, aqueles lado que ela tem cosquinha. (...) Às vez ela ri, às vez ela não tá de bom humor, ela chora”*. Nesta verbalização, parece estar presente

um comportamento intrusivo da mãe em relação à filha. Beatriz relata que o seu marido consegue acalmar a filha e *“tem uma paciência com a Fabiana, assim, que eu vou te contar”*. Ainda sobre sua relação com a filha, a participante refere: *“Tem dias que ela tá insuportável. E eu olho pra mim, assim, e me acho assim, um caco, sabe?” Porque eu envelheci um monte. Depois da morte do Fabrício, mais a chegada da Fabiana*”. Além disso, Beatriz refere que seu relacionamento com Fabiana *“...às vezes é um estresse. Às vezes eu me irrita com ela. Que ela tem vez que chora demais, Às vezes nem tem nada, tá chorando, quer colo”*. Através desta verbalização, pode-se perceber a dificuldade de Beatriz em estar emocionalmente disponível para a filha. A mãe ainda refere que *“ela me tirou todo o meu tempo, né? Eu não me queixo disso”*. Aqui parece estar presente a ambivalência de Beatriz em relação à filha, pois ao mesmo tempo em que se queixa que a filha está insuportável, diz não se queixar do tempo que disponibiliza para a mesma. No entanto, Beatriz refere que não leva a filha às consultas pediátricas mensais, pois *“eu só vou levar se uma hora ela tiver doente. (...)Mas fora isso, eu não vou tá perdendo meu tempo, correndo pra baixo e pra cima”*. Assim, este comportamento de Beatriz parece negligente, uma vez que a saúde da filha parece estar em segundo plano. Ao relatar o relacionamento com a filha, que parece ser complicado, Beatriz ainda verbaliza: *“Então esse lado me entristece, e é onde eu começo a me lembrar de tanta coisa, né? Fico pensando: bah, eu não precisava mais tá passando por isso. Eu podia tá descansando hoje, né? Saindo, me arrumando, eu não compro mais nada pra mim, eu só penso nela. Então eu queria mesmo era tá cuidando dos netos. Eu não queria tá cuidando de filho mais. Daí chora, tu dá pra mãe, né? Pega que é tua.”* Parece que é essa a vontade dela: entregar a filha para alguém cuidar. O que também pôde-se pressupor ao observá-la embalar a filha durante a entrevista.

Quando questiono Beatriz a respeito da influência da experiência das perdas na relação com a filha, ela responde: *“Não. Olha, pra mim não interferiu em nada. Nem pro Roberto [marido dela]”*.

### 3.5 SÍNTESE DOS CASOS CRUZADOS

Os casos se assemelham pela idade das crianças perdidas: em dois casos, os bebês tinham por volta de quatro meses - Diego (Larissa) e Luiza (Maria). Os bebês de Maria e Carolinne eram prematuros. Guilherme, filho de Beatriz tinha um mês e André, filho de Carolinne, tinha seis meses, quando morreram. Assim, as quatro perdas foram de bebês. Neste contexto, a perda pode ser devastadora, independentemente de quando e como ocorre. As

esperanças e os sonhos depositados no bebê que se encontrava no ventre materno são desfeitas e os pais são confrontados com um turbilhão de emoções por ruptura abrupta de uma realidade que era desejada e planejada. Fantasias, representações e papéis vêm-se subitamente derrubados (Carvalho, Silva, Nunes, Ascenso & Paz, 2010). Isso pode ser notado neste estudo, quando Larissa, por exemplo, diz que ela e o marido tinham todo um planejamento para o filho, e quando, após a perda do mesmo, se deparavam com o quarto do menino, e com a ausência do mesmo no seu cotidiano. Neste caso, as expectativas da mãe não foram concretizadas, pois o filho morreu.

A sensação descrita por três participantes em relação à morte dos filhos foi semelhante: num primeiro momento descreveram como uma dor enorme e, posteriormente, verbalizaram ser impossível descrever a sensação. Apenas uma delas (Beatriz) descreveu ter sentido angústia e sensação de que teria um infarto. Tais sensações podem ser esperadas numa situação como essa, de perda, principalmente quando se trata de filho.

Três das quatro participantes estavam com os filhos no momento da morte. No caso de Larissa, o filho já estava morto quando foi encontrado por ela. Tocar no filho antes e/ou após a morte facilita a elaboração do luto. Nesse sentido, marcar a realidade da perda por meio da oportunidade de dizer adeus, e, inclusive, tocar o bebê, auxilia os pais a se depararem com a concretude da perda, sendo este o principal caminho na ajuda aos pais enlutados (Bowlby, 1998; Bromberg, 1998; Freitas, 1997; Maldonado, 1989; Quayle, 1997; Worden, 1998). Elas conseguiram se despedir, a partir da permissão da equipe de saúde, o que não é frequente, conforme a literatura, uma vez que a equipe de saúde tende a evitar este contato, comumente com a intenção de pouparem o sofrimento da mãe.

Maria e Larissa foram medicadas durante cerimoniais de despedida. Não fica claro, durante as entrevistas, se as mães desejaram ou realmente precisaram ser medicadas. O que se pode pressupor é uma tentativa de evitação por parte da sociedade de se deparar com a dor destas mães, que pode ser ilustrada através da fala de uma delas (Larissa), quando refere que não pôde estar perto do filho durante o velório porque os médicos que a atenderam não deixaram.

A cerimônia de enterro possibilitou a confirmação da morte dos filhos para três participantes (Larissa, Maria e Carolinne). Duas delas, Maria e Carolinne, pegaram seus filhos no colo durante a cerimônia, e parece que tal atitude proporcionou a estas mães a conscientização sobre a perda. Novamente aparece a importância dos rituais de despedida como forma de concretização da perda, o que pode favorecer a elaboração do luto (Bowlby, 1998; Bromberg, 1994).

Parece estar presente nas participantes o sentimento de culpa pela morte dos filhos: Larissa, quando volta ao trabalho após o término da licença maternidade. Carolinne, quando refere não ter conseguido proteger o filho, pois falhou e Maria, por ter se descuidado e engravidado novamente. E Beatriz, por ter fumado na gravidez de Guilherme.

Todas as participantes referiram possuir fotos de seus filhos perdidos e três delas (Larissa, Maria e Beatriz) relataram a doação de roupas dos mesmos para outras pessoas. Pode-se pressupor que tal atitude possa favorecer a elaboração do luto, à medida que elas se conscientizam da irreversibilidade da perda, ou seja, de que os filhos não voltarão. Duas delas (Maria e Carolinne) vestiram os filhos subsequentes com roupas do filho perdido e apresentaram reações diferentes: Maria referiu ter visto a filha perdida na atual, ao vesti-la com a roupa daquela, e Carolinne referiu não considerar isto um problema, uma vez que o filho perdido não chegou a vestir a roupa que atualmente o filho subsequente veste. Para Maria, parece que as roupas incrementam a mistura das filhas, o que pode prejudicar a elaboração do luto. Já, para Carolinne, isso não apareceu como um agravante do luto. Tal situação vivenciada pelas mães é semelhante, mas suas reações mostram a singularidade da vivência do luto, a qual deve ser respeitada por todos (Bromberg, 1998). Worden (1998) afirma que objetos relacionados ao bebê, como fotografias, podem ser utilizados como recursos, ajudando, assim, a tarefa de elaborar, pois tornam a perda mais concreta (Bowlby, 1998; Bromberg, 1998; Freitas, 1997; Maldonado, 1989; Quayle 1997; Worden, 1998). Assim, as participantes desta pesquisa parecem estar fazendo uso da fotografia como recurso para elaborar a perda, embora ainda apresentem bastante dificuldade em outros aspectos relativos à elaboração do luto. Segundo Walsh (2005), o não desapego aos objetos por parte da mãe pode ser percebido como a aparente resistência à mudança. É um movimento buscando manter-se ligado à rede de conexões do ente querido que morreu, algo que em primeira instância é natural.

Duas participantes receberam acompanhamento psicológico: Maria, após a perda e antes da gravidez subsequente e Carolinne, após a perda e durante a gravidez subsequente, que foi imediata à perda. Tais acompanhamentos tiveram breve duração, por opção das participantes. Assim, pode-se pressupor resistência das mesmas em falar sobre a perda. Ao mesmo tempo, as duas parecem ter se beneficiado do acompanhamento, uma vez que demonstram estar lidando melhor com a perda, pois mencionam a aceitação das perdas dos filhos como inevitável.

A ocorrência do pensamento suicida após as perdas foi apresentada por uma participante (Beatriz), a qual referiu pelo menos duas vezes durante a entrevista a vontade de



tirar a própria vida enforcando-se. Outra participante (Carolinne) revelou, além de pensamento suicida, tentativas após a perda: por afogamento e corte nos pulsos, e foi interrompida pelo marido. Apresentou pensamento suicida em outras duas ocasiões, quando pensou em ingerir medicamentos em excesso e provocar uma queda na escada. A chegada de vizinhos desencorajou Carolinne a realizar o ato.

Duas participantes tiveram gravidez subsequente imediatamente posterior à perda: Larissa (planejada) e Carolinne (não planejada). Conforme a literatura (Bromberg, 1998; 2004), existem riscos que podem surgir na relação com o filho imediatamente subsequente. Assim, corre-se o risco de comprometer a formação da identidade do filho que vem para “substituir” o que morreu, podendo se tornar, esse processo, um “luto adiado”, pois existem sentimentos confusos em relação ao luto ainda não resolvido. (Bowlby, 1998; Bromberg, 1994; Freitas, 1997; Maldonado, 1989; Quayle, 1997; Silva, 2002; Walsh, 2005; Worden, 1998). As duas participantes podem estar inibindo o luto, pois parecem apresentar sentimentos confusos em relação ao luto, como quando misturam os filhos, mas ao mesmo tempo, estão conseguindo voltar sua atenção às crianças atuais.

Maria e Carolinne também referem receio de passar por outra perda, quando descobrem a gravidez subsequente, o que pode ser esperado em situações como a que as participantes vivenciaram. O receio pode ser “incrementado” para estas duas mães à medida que há suspeita de problemas de saúde em seus bebês, os quais, se confirmados, podem ser fatais: problema cardíaco em Bruna e HIV em Anderson. Pode-se pensar que, por se tratar de um outro bebê que corre o risco de morrer, o cuidado, a ligação afetiva que elas tem com este outro bebê vai estar comprometida por este luto.

A repercussão da perda na relação com o bebê subsequente pode ser entendida como superproteção nos casos de Larissa e Carolinne, pois dormem junto com seus filhos e não os deixam com outras pessoas. Já para Maria a repercussão da perda na relação com a filha pode ser percebida através da preocupação excessiva com Bruna. Neste sentido, a literatura refere que é esperado que os pais desejem proteger seus filhos do perigo; no entanto, os pais enlutados têm sido descritos com maior probabilidade de ser mais vigilantes, com uma resposta rápida a qualquer sinal de problema ou perigo (Rosenblatt, 2000).

Pode-se pressupor, ainda, que para duas participantes (Beatriz e Larissa), a chegada das filhas subsequentes pode ser entendida como “elaboração” do luto, à medida que referem que “melhoraram” após a chegada das filhas. No entanto, Beatriz, não parece ter apresentado melhora, pois parece não diferenciar os filhos perdidos e a filha atual. Além disso, ela ainda mostra-se bastante inconformada com as perdas, como pôde ser identificado. Já Larissa

parece ter apresentado melhora, pois mostra uma maior aceitação da perda, uma vez que consegue falar nesta sem a presença necessária da dor. Nesse sentido, Hamama-Raz, Rosenfeld e Buchbinder (2010), ao examinarem as experiências de pais que perderam um filho durante o serviço militar em Israel e, conseqüentemente, decidiram ter outro filho, apontaram que o nascimento da criança subsequente permite o regresso dos pais a uma vida ativa. Segundo os pesquisadores, isso ocorre à medida que na criação de uma nova criança, eles se sentem mais liberados no sentido de não se fixarem às lembranças da perda. Assim, cuidar da nova criança possibilita, para esses pais, a projeção no futuro, projeção esta que foi interrompida pela perda do filho anterior.

Todas as participantes mencionaram de alguma forma certa semelhança entre os filhos perdidos e subsequentes, o que pode ser entendido como dificuldade de diferenciação entre os mesmos. Tal dificuldade pode ser compreendida como fator de risco na elaboração do luto e pode ser ilustrada pela troca de nomes dos filhos, o que foi evidenciado nas entrevistas. Apenas Larissa não equivocou-se trocando o nome dos filhos enquanto falava. No entanto, a semelhança entre os bebês pode estar na mesma sintomatologia durante as duas gravidezes. Carolinne refere sentir culpa quando percebe que trocou os nomes e se desculpa com o filho. Beatriz e Maria, por sua vez, não perceberam a troca durante o seu relato.

A mistura de sentimentos (ambivalência) referente à gravidez subsequente foi apresentada por três participantes (Larissa, Maria, Carolinne). Ambivalência traduzida pelo medo de amar demasiadamente o filho atual e esquecer o filho perdido, como relatado por Larissa, bem como sensação de alegria e ao mesmo tempo preocupação, como mencionado por Maria e Carolinne. Acredita-se que tal ambivalência, caso seja excessiva, pode dificultar o vínculo com os filhos atuais. No entanto, não parece ter sido a situação das participantes, que mesmo apresentando este sentimento em relação à gestação subsequente, parecem estar conseguindo estabelecer um vínculo saudável com seus bebês atuais.

Duas delas (Maria e Carolinne) não planejaram a gravidez subsequente. Mas parece que de maneira inconsciente havia o desejo de outra gravidez, pois Maria engravidou após um “descuido” em relação ao uso da pílula anticoncepcional, enquanto Carolinne referiu que “a gravidez não foi planejada, mas também não foi evitada”.

As quatro trabalharam após a perda. Num primeiro momento, pode-se supor que o trabalho possa estar a serviço da elaboração do luto. Maria permaneceu no trabalho apenas um ano e pediu demissão por não conseguir se deparar com crianças. Carolinne permaneceu no trabalho, mas pediu para trocar de turno, para evitar lembrar da época em que estava grávida. Larissa parou de trabalhar após dar à luz Natália. No entanto, parece que para estas mães, o

trabalho não foi usado a serviço da elaboração do luto, e sim como uma tentativa de evitação da lembrança da perda. Somente Beatriz conseguiu permanecer no trabalho, este sendo visto como um recurso para a elaboração das perdas.

Todas referem boa interação com seus filhos por meio de brincadeiras. A interação pôde ser observada durante as entrevistas. Três mães apresentaram uma boa interação com seus filhos, à medida que se mostravam atentas aos mesmos quando eles as solicitavam, inclusive através do choro. Apenas Beatriz demonstrou dificuldades de interação com a filha, embora a mesma não tenha referido isso. No entanto, durante a observação, pode-se notar que, mesmo com a filha chorando compulsivamente na sua frente, a mãe continuou conversando com a entrevistadora e vestindo a menina, sem se preocupar com o fato dela estar chorando. Além disso, Beatriz parece ter outras dificuldades de vinculação com a filha, percebidas pela precária disponibilidade emocional para com Fabiana, bem como pela maneira como ela segura e amamenta a mesma, como já referido.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por tudo isso exposto, embora o instrumento de avaliação do luto prolongado não tenha apresentado indícios da presença deste tipo de luto em nenhuma das participantes, para todas elas, as mortes dos filhos anteriores parecem estar repercutindo na relação entre os mesmos através de alguma dificuldade de vinculação com os filhos atuais ilustrada tanto pela semelhança física (e dos nomes) mencionadas pelas mães - ou até mesmo a troca dos nomes ao falarem sobre seus filhos, quanto pelos comportamentos das mães em relação a seus bebês atuais, como a superproteção (Larissa), a preocupação excessiva (Maria), a espécie de compensação referente a carinho, proteção e cuidados (Carolinne) e a negligência (Beatriz) presentes nestas relações. O que se pode perceber, ainda, é que o questionário mostrou-se limitado para abordar a complexidade do fenômeno do luto, uma vez que nenhuma delas se deteve apenas às questões do instrumento, enriquecendo a aplicação do mesmo com mais detalhamento sobre a sua vivência, sendo o instrumento visto apenas como um desencadeador para o relato de suas perdas.

Mesmo que todas as participantes deste estudo apresentem alguma dificuldade de vinculação com seus bebês atuais, três delas (Larissa, Carolinne e Maria) parecem estar elaborando o luto pelas perdas anteriores e iniciando o estabelecimento de um vínculo adequado com seus filhos. Sendo assim, somente uma delas (Beatriz) parece apresentar bastante dificuldade na relação com a filha atual. Porém deve-se considerar que a mesma

passou por duas perdas de filhos anteriores, bem como vivenciou a perda de uma irmã, pela qual era responsável pelos cuidados, quando criança, o que pode estar repercutindo na relação com a filha.

Por fim, acredita-se que este estudo possibilitou um maior entendimento sobre a relação entre uma mãe que perde um filho e engravida novamente após esta perda. Sugere-se, para estudos posteriores, a realização de uma pesquisa longitudinal, em que se possa acompanhar o desenvolvimento das crianças subsequentes.

## REFERÊNCIAS

- Aragão, R. (2006) De mãe para filha: a transmissão da maternidade. Em: R. Melgaço (Org.). *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Badinter, E. (1985) *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bowlby, J. (1998) *Perda: tristeza e depressão* (2ª edição) (V. Dutra, Trans). São Paulo, Brasil. Martins Fontes. (Original publicado em 1982).
- Borsa, J. C. & Feil, C. F. (2008) O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt>. Acessado em: 04/07/2011.
- Braga, M. G. R & Amazonas, M. C. L. A. (2005) Família: maternidade e procriação assistida. *Psicologia em Estudo*,10(1), pp. 11-18.
- Brazelton, T. B & Cramer, B. G. (1992) *As Primeiras Relações*. São Paulo: Martins Fontes
- Bromberg, M. H. (1994). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. São Paulo, Brasil: Psy II.
- Bromberg, M.H. (1998). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. São Paulo, Brasil: Psy II
- Caron, N. A. (2000) O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. Em: Caron, N. A. (org.) *A Relação Pais-Bebê: da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 119-134.

Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2006). Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interações em Psicologia*, 10(2), pp. 345-355.

Carvalho, C.; Silva, I.; Nunes, L.; Ascenso, M. & Paz, S. (2010) Luto por morte peri-natal. Em: *Emoções em Saúde. Contributos*, pp. 169-182. Disponível em:<http://www.correntedinamica.com/pubfatout.pdf>. Acessado em: 20/05/2011.

Casellato, G. (2002) Luto pela perda de um filho: a recuperação possível diante do pior tipo de perda. Em Franco, M. H. P. (Org.). *Uma jornada sobre o luto: a morte e luto sob diferentes olhares*. (pp. 11-21). São Paulo, Brasil: Livro Pleno.

Castro, L. P. (2006) *Morte prematura de um filho: reflexões acerca dos fatores de promoção de resiliência das famílias enlutadas*. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização (Especialização em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

Cramer, B. & Palacio-Espasa, F. (1993) *Técnicas Psicoterápicas Mãe/Bebê – Estudos Clínicos e Técnicos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Delalibera, M. A (2010) *Adaptação e Validação Portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado – Prolonged Grief Disorder (PG-13)*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Portugal.

Filho, E. N. (1997) Os processos de identificação e introjeção na gravidez. Em: M. Zugaib, J. J. Tedesco & J. Quayle (orgs.). *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu, pp. 10-14

Freitas, N. K.(1997) *O luto materno pela perda de um filho: um estudo do processo do luto durante a psicoterapia breve*. Tese de Doutorado em Psicologia, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Freud, S. (1969) *Luto e Melancolia* (M.A.M. Rego, Trans). Em J. Salomão (Ed.) — Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud (Vol. 14, pp.157-68). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original publicado em 1917).

Hamama-Raz, Y.; Rosenfeld, S.; Buchbinder, E. (2010) Giving birth to life—again!: bereaved parents' experiences with children born following the death of an adult son. *Death Studies*, 34, pp. 381-403.

- Hsu, M.T; Tseng, Y. F.; Banks, J.M. & Kuo, L.L. (2002) *Transforming loss: Taiwanese women's adaptation to stillbirth*. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), pp. 387-395.
- Hughes, P. M.; Turton, P.; Evans, C.D.H. (1999, june) Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ*, 318 (7200).
- Iaconelli, V. (2007) Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de Bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), pp. 614-623.
- Klaus, M. H. & Kennel, J. (1993) *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Kübler-Ross, E. (2005) *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lamb, E. (2002). The Impact of Previous Perinatal Loss on Subsequent Pregnancy and Parenting. *Journal of Perinatal Education*, 11(2): 33–40.
- Lebovici, S. (1987) *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lopes, R.C. S.; Donelli, T. M. S.; Lima, C. M. & Piccinini, C. A. (2005) O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), pp. 247-254.
- Maldonado, M. T. (1989) *Maternidade e Paternidade* (vol. 2). Rio de Janeiro, Brasil: Vozes.
- Maldonado, M. T. (2002) *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Motta, M. A. P. (2008) *Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção*. São Paulo: Cortez.
- O'Leary, J. (2004) Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), pp. 7-18.
- Parkes, C. M. (1998) *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta* (M. H. F.Bromberg, Trans). São Paulo, Brasil: Summus.
- Piccinini, C. A.; Gomes, A. G.; De Nardi, T. & Lopes, R. S. (2008) Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 13(1), pp. 63-72.

Piccinini, C. A.; Gomes, A. G.; Moreira, L. E. & Lopes, R. S. (2004) Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), pp. 223-232.

Quayle, J. (1997) O Abortamento Espontâneo e Outras Perdas Gestacionais. Em: M. Zugaib; J. J. Tedesco & J. Quayle (orgs.). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, pp. 132-153.

Raphael-Leff, J. (1997) *Gravidez – A História Interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Reid, M. (2003) Clinical research: the inner world of the mother and her new baby – born in the shadow of death. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), pp. 207 – 226.

Riechelmann, J. C. (1997) A mulher atual: perspectivas frente à gestação. Em: M. Zugaib; J. Tedesco & J. Quayle (orgs.). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, pp. 40-53.

Rosenblatt, P. (2000) Protective parenting after the death of a child. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 5 (4)

Savage, J. A. (1989) *Vidas não vividas: o sentido psicológico da perda simbólica e da perda real na morte de um filho*. São Paulo, Brasil: Cultrix.

Silva, M. T. M. (2002) *Perda perinatal: cuidados assistenciais e suas repercussões no luto materno*. Tese de Mestrado, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Soifer, R. (1992) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Spitz, R. A. (1996) *O primeiro ano de vida. Um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. (1ª ed.) Rio de Janeiro, Brasil: Martins Fontes (Original publicado em 1978).

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

Stryckman, N. (2000) O desejo de filho no homem e na mulher. *Revista Psicanálise e Clínica de Bebês*, 4, pp. 91-107 – Publicação Interna.

Szejer, M. & Stewart, R. (1997) *Nove Meses na Vida da Mulher – Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tedesco, J. J. de A. (1997) A Humanização da Relação Obstetra-Mãe-Filho. Em: M. Zugaib, J. J. Tedesco & J. Quayle (orgs.). *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu, pp. 271-279.

Vidal, M. (2008) Sobre a gravidez subsequente à morte perinatal - a síndrome da criança de substituição. *Psicologia da América Latina*, 13, México, pp 0-0.

Vidal, M. (2010) Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 2): 3185-3190.

Walsh, F. (2005) *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo, Brasil: Roca.

Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998) *Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas*. Porto Alegre: Artmed.

Warland, J.; O'Leary, J. & McCutcheon, H. (2010) Born after infant loss: The experiences of subsequent children. *Midwifery*, 27(5), pp. 628-33.

Warland, J., O'Leary, J., McCutcheon, H. & Williamson, V. (2010) Parenting paradox: Parenting after infant loss. *Midwifery*, 27 (5), pp. e163-e169.

Winnicott, D. (2000). Preocupação materna primária. Em: D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise – Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, pp.399-405. (Original publicado em 1956).

Worden, J. W. (1998). *Terapia do luto – um manual para o profissional de saúde mental*. (2ª edição). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Zilberman, A (2006) Em busca de mecanismos de adaptação e superação no luto familiar. In: **CEFI** (on line).. Disponível em: [http://www.cefipoa.com.br/artigos\\_visualizar.aspx?id=9be8808b-7480-4c93-8ea6-2429efddde5c](http://www.cefipoa.com.br/artigos_visualizar.aspx?id=9be8808b-7480-4c93-8ea6-2429efddde5c). Acesso em 12/11/2012



## APÊNDICE

## APÊNDICE A

## Resultados do Instrumento de Avaliação de Perturbação do Luto Prolongado (PG-13)

## Caso 1. Larissa

Quanto às questões 1 e 2, referentes aos sentimentos de ansiedade de separação, considerando que as possibilidades de respostas variam de 1 (Quase nunca) a 5 (Várias vezes por dia), numa escala do tipo lickert, Larissa marcou a resposta 5 (várias vezes por dia) na questão 1 e 3 (pelo menos uma vez por semana) na questão 2. No que diz respeito ao tempo dos sintomas de angústia de separação (questão 3), sendo a resposta de forma dicotômica: afirmativa, no caso de um período igual ou superior a 6 meses; negativa se a manifestação é inferior a seis meses, Larissa respondeu ter tido essa experiência por pelo menos seis meses, ou seja, respondeu sim. Já quando se trata dos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais abordados nas questões 4 a 12, cuja resposta também é do tipo lickert, as respostas de Larissa variaram de 1(quase nunca/não, de todo) a 4 (pelo menos uma vez por dia/bastante). Houve predomínio da resposta 4 (bastante), em 4 itens, dos 9. Nos seguintes, a participante assinalou a resposta número 1 (quase nunca/não, de todo) em três itens e o número 3 (pelo menos uma vez por semana/razoavelmente) em 2 itens. Por último, na questão 13, cuja modalidade de resposta também é dicotômica (sim ou não), relativamente à presença ou ausência de uma significativa redução social e ocupacional, a participante sinalizou o item sim como resposta.

Durante a avaliação da presença de luto prolongado na participante, os seguintes critérios foram cumpridos: I – Evento: experiência de perda de um ente querido – a participante perdeu um filho; IV – Tempo: o diagnóstico não deve ser realizado até terem decorrido 6 meses de luto. A participante preenche, também, este critério, uma vez que o diagnóstico foi realizado em um tempo superior a 6 meses de luto, pouco mais de 1 ano; Critério V- Disfunção social e ocupacional ou em outras áreas de funcionamento. A participante preenche, igualmente, tal critério, pois marcou a resposta afirmativa. Critério adicional – a perturbação não está relacionada com efeitos fisiológicos, consumo de substâncias ou outras condições médicas. A participante não mencionou informações que indicassem tal associação, portanto, ela preenche, também, este critério. Por último, na questão 13, cuja modalidade de resposta também é dicotômica (sim ou não), relativamente à

presença ou ausência de uma significativa redução social e ocupacional, a participante sinalizou o item sim como resposta.

Os demais critérios, referentes à ansiedade de separação (II) e sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais (III) não foram cumpridos. Assim: II – Ansiedade de Separação: o enlutado experiencia diariamente e a um nível intenso e disruptivo saudades, dor emocional, tristeza e pesar pela ausência da pessoa perdida. A participante não preenche este critério, pois marcou a resposta número 3 (pelo menos uma vez por semana) na questão 2, uma das quais se refere à ansiedade de separação; III – Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais: a pessoa experiencia diariamente ou a um nível disruptivo pelo menos cinco dos seguintes sintomas: Larissa não completa tal critério, uma vez que em 4 dos 9 itens, a participante marcou o número 4 como resposta (pelo menos uma vez por dia/bastante); e nas restantes houve variação entre 1(resposta em 3 questões) e 3 (resposta em 2 questões). O número 2 (pelo menos uma vez/ligeiramente) não apareceu como resposta. Portanto, a análise das respostas do questionário da participante, conforme descrita acima, indica que atualmente, a mesma não apresenta luto prolongado, pois os itens avaliados não se manifestam de maneira significativa diariamente ou várias vezes ao dia.

## Caso 2. Maria

Quanto às questões 1 e 2, referentes aos sentimentos de ansiedade de separação, considerando que as possibilidades de respostas variam de 1 (Quase nunca) a 5 (Várias vezes por dia), numa escala do tipo lickert, Maria marcou a resposta 5 (várias vezes por dia) na questão 1 e 3 (pelo menos uma vez por semana) na questão 2. No que diz respeito ao tempo dos sintomas de angústia de separação (questão 3), sendo a resposta de forma dicotômica: afirmativa, no caso de um período igual ou superior a 6 meses; negativa se a manifestação é inferior a seis meses, Maria respondeu ter tido essa experiência por pelo menos seis meses, ou seja, respondeu sim. Já quando se trata dos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais abordados nas questões 4 a 12, cuja resposta também é do tipo lickert, as respostas de Maria variaram de 1(quase nunca/não, de todo) a 5 (várias vezes por dia/extremamente). Houve predomínio da resposta 3 (bastante), em 3 itens, dos 9. Nos seguintes, a participante assinalou a resposta número 1 (quase nunca/não, de todo) em um item; o número 2 foi a alternativa da participante também em um item; o número 4 (pelo menos uma vez por dia/bastante) em 2 itens; o número 5 (várias vezes por dia/extremamente),

em dois itens. Por último, na questão 13, cuja modalidade de resposta também é dicotômica (sim ou não), relativamente à presença ou ausência de uma significativa redução social e ocupacional, a participante sinalizou o item sim como resposta.

Durante a avaliação da presença de luto prolongado na participante, os seguintes critérios foram cumpridos: I – Evento: experiência de perda de um ente querido – a participante perdeu uma filha; IV – Tempo: o diagnóstico não deve ser realizado até terem decorrido 6 meses de luto. A participante preenche, também, este critério, uma vez que o diagnóstico foi realizado em um tempo superior a 6 meses de luto, aproximadamente 3 anos; Critério V- Disfunção social e ocupacional ou em outras áreas de funcionamento. A participante preenche, igualmente, tal critério, pois marcou a resposta afirmativa. Critério adicional – a perturbação não está relacionada com efeitos fisiológicos, consumo de substâncias ou outras condições médicas. A participante não mencionou informações que indicassem tal associação, portanto, ela preenche, também, este critério. Por último, na questão 13, cuja modalidade de resposta também é dicotômica (sim ou não), relativamente à presença ou ausência de uma significativa redução social e ocupacional, a participante sinalizou o item sim como resposta.

Os demais critérios, referentes à ansiedade de separação (II) e sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais (III) não foram cumpridos. Assim: II – Ansiedade de Separação: o enlutado experiencia diariamente e a um nível intenso e disruptivo saudades, dor emocional, tristeza e pesar pela ausência da pessoa perdida. A participante não preenche este critério, pois marcou a resposta número 3 (pelo menos uma vez por semana) na questão 2, uma das quais se refere à ansiedade de separação; III – Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais: a pessoa experiencia diariamente ou a um nível disruptivo pelo menos cinco dos seguintes sintomas: Maria não completa tal critério, uma vez que em 3 dos 9 itens, a participante marcou o número 3 como resposta (pelo menos uma vez por semana/razoavelmente); e nas restantes houve variação entre 1(resposta em 1 questão); 2 (resposta em 1 questão); 4 (resposta em duas questões) e 5 (resposta em 2 questões). Portanto, a análise das respostas do questionário da participante, conforme descrita acima, indica que atualmente, a mesma não apresenta luto prolongado, pois os itens avaliados não se manifestam de maneira significativa diariamente ou várias vezes ao dia.

### Caso3. Carolinne

Quanto às questões 1 e 2, referentes aos sentimentos de ansiedade de separação, considerando que as possibilidades de respostas variam de 1 (Quase nunca) a 5 (Várias vezes por dia), numa escala do tipo lickert, Carolinne marcou a resposta 5 (várias vezes por dia) na questão 1 e 3 (pelo menos uma vez por semana) na questão 2. No que diz respeito ao tempo dos sintomas de angústia de separação (questão 3), sendo a resposta de forma dicotômica: afirmativa, no caso de um período igual ou superior a 6 meses; negativa se a manifestação é inferior a seis meses, Carolinne respondeu ter tido essa experiência por pelo menos seis meses, ou seja, respondeu sim. Já quando se trata dos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais abordados nas questões 4 a 12, cuja resposta também é do tipo lickert, as respostas de Carolinne variaram de 1(quase nunca/não, de todo) a 5 (várias vezes por dia/extremamente). Houve predomínio da resposta 4 (bastante), em 3 itens, dos 9. Nos seguintes, a participante assinalou a resposta número 1 (quase nunca/não, de todo) em dois itens, o número 2 em um item e o número 3 (pelo menos uma vez por semana/razoavelmente) em 2 itens. O número 5 foi a resposta escolhida em apenas um item. Por último, na questão 13, cuja modalidade de resposta também é dicotômica (sim ou não), relativamente à presença ou ausência de uma significativa redução social e ocupacional, a participante sinalizou o item sim como resposta.

Durante a avaliação da presença de luto prolongado na participante, os seguintes critérios foram cumpridos: I – Evento: experiência de perda de um ente querido – a participante perdeu um filho ; IV – Tempo: o diagnóstico não deve ser realizado até terem decorrido 6 meses de luto. A participante preenche, também, este critério, uma vez que o diagnóstico foi realizado em um tempo superior a 6 meses de luto, pouco mais de 1 ano; Critério V- Disfunção social e ocupacional ou em outras áreas de funcionamento. A participante preenche, igualmente, tal critério, pois marcou a resposta afirmativa. Critério adicional – a perturbação não está relacionada com efeitos fisiológicos, consumo de substâncias ou outras condições médicas. A participante não mencionou informações que indicassem tal associação, portanto, ela preenche, também, este critério. Por último, na questão 13, cuja modalidade de resposta também é dicotômica (sim ou não), relativamente à presença ou ausência de uma significativa redução social e ocupacional, a participante sinalizou o item sim como resposta.

Os demais critérios, referentes à ansiedade de separação (II) e sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais (III) não foram cumpridos. Assim: II – Ansiedade de Separação: o enlutado experiencia diariamente e a um nível intenso e disruptivo saudades, dor emocional, tristeza e pesar pela ausência da pessoa perdida. A participante não preenche este critério, pois marcou a resposta número 3 (pelo menos uma vez por semana) na questão 2, uma das quais se refere à ansiedade de separação; III – Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais: a pessoa experiencia diariamente ou a um nível disruptivo pelo menos cinco dos seguintes sintomas: Carolinne não completa tal critério, uma vez que em 4 dos 9 itens, a participante marcou o número 3 como resposta (pelo menos uma vez por semana/razoavelmente); e nas restantes houve variação entre 1(resposta em 2 questões),2 (resposta em 1 questão) e 3 (resposta em 2 questões). O número 5 (várias vezes por dia/extremamente) foi marcado pela participante em uma questão. Portanto, a análise das respostas do questionário da participante, conforme descrita acima, indica que atualmente, a mesma não apresenta luto prolongado, pois os itens avaliados não se manifestam de maneira significativa diariamente ou várias vezes ao dia.

#### Caso 4. Beatriz

Quanto às questões 1 e 2, referentes aos sentimentos de ansiedade de separação, considerando que as possibilidades de respostas variam de 1 (Quase nunca) a 5 (Várias vezes por dia), numa escala do tipo lickert, Beatriz marcou a resposta 5 (várias vezes por dia). No que diz respeito ao tempo dos sintomas de angústia de separação (questão 3), sendo a resposta de forma dicotômica: afirmativa, no caso de um período igual ou superior a 6 meses; negativa se a manifestação é inferior a seis meses, Beatriz respondeu ter tido essa experiência por pelo menos seis meses, ou seja, respondeu sim. Já quando se trata dos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais abordados nas questões 4 a 12, cuja resposta também é do tipo lickert, as respostas de Beatriz variaram de 1(quase nunca/não, de todo) a 5 (várias vezes por dia/extremamente). Houve predomínio da resposta 1 (quase nunca/não de todo), em 4 itens, dos 9. Nos seguintes, a participante assinalou a resposta número 3 (pelo menos uma vez por semana/razoavelmente) e a de número 4 (pelo menos uma vez por dia/ bastante) em um item, e a resposta número 5 (várias vezes por dia/extremamente) em três itens. Por último, na questão 13, cuja modalidade de resposta também é dicotômica (sim ou não), relativamente à presença ou ausência de uma significativa redução social e ocupacional, a participante sinalizou o item não como resposta.

Durante a avaliação da presença de luto prolongado na participante, os seguintes critérios foram cumpridos: I – Evento: experiência de perda de um ente querido – a participante perdeu dois filhos; II – Ansiedade de Separação: o enlutado vivencia diariamente e a um nível intenso saudades, dor emocional, tristeza e pesar pela ausência da pessoa perdida. A paciente preenche este critério, pois marcou a resposta número 5 (várias vezes por dia) nas questões 1 e 2, as quais se referem à ansiedade de separação; IV – Tempo: o diagnóstico não deve ser realizado até terem decorrido 6 meses de luto. A participante preenche, também, este critério, uma vez que o diagnóstico foi realizado em um tempo superior a 6 meses de luto, aproximadamente 1 ano e 6 meses; Critério adicional – a perturbação não está relacionada com efeitos fisiológicos, consumo de substâncias ou outras condições médicas. A participante não mencionou informações que indicassem tal associação, portanto, ela preenche, também, este critério.

Os demais critérios, referentes aos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais (III) e disfunção social e ocupacional em outras áreas de funcionamento não foram cumpridos. Assim: III – Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais: a pessoa experiencia diariamente ou a um nível disruptivo pelo menos cinco dos seguintes sintomas. Beatriz não completa tal critério, uma vez que houve predomínio da resposta de número 1 (quase nunca/não de todo) em 4 dos 9 itens, havendo variação na resposta nos outros itens; Critério V- Disfunção social e ocupacional ou em outras áreas de funcionamento. A participante não preenche, igualmente, tal critério, pois marcou a resposta negativa. Portanto, a análise das respostas do questionário da participante, conforme descrita acima, indica que atualmente, a mesma não apresenta luto prolongado, pois os itens avaliados não se manifestam de maneira significativa diariamente ou várias vezes ao dia.

## ANEXOS



ANEXO 1  
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO LUTO PROLONGADO (PROLONGED  
GRIEF DISORDER (PG-13))

INSTRUÇÕES DA PARTE I: Assinale a sua resposta em relação a cada item:

1. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

2. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de angústia relacionados com a relação perdida?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

3. Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?

- Não
- Sim

4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe recorda que a pessoa faleceu?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4 = Pelo menos uma vez por dia
- 5 = Várias vezes por dia

5. No último mês, quantas vezes se sentiu atordoado/a, chocado/a ou emocionalmente confundido/a pela sua perda?

- 1= Quase nunca  
 2= Pelo menos uma vez  
 3= Pelo menos uma vez por semana  
 4= Pelo menos uma vez por dia  
 5= Várias vezes por dia

INSTRUÇÕES DA PARTE II: Em relação a cada item, indique como se sente habitualmente. Envolve com um círculo, o número adequado à sua situação.

	Não, de todo	Ligeiramente	Razoavelmente	Bastante	Extremamente
6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que não sabe quem é (i.e., sente que uma parte de si morreu)?	1	2	3	4	5
7. Tem tido dificuldade em aceitar a perda?	1	2	3	4	5
8. Tem tido dificuldade em confiar nos outros desde a perda?	1	2	3	4	5
9. Sente amargura pela sua perda?	1	2	3	4	5
10. Sente agora dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses)?	1	2	3	4	5
11. Sente-se emocionalmente entorpecido desde a sua perda?	1	2	3	4	5
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda?	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES DA PARTE III: Assinale a sua resposta em relação a cada item.

13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?

- Não  
 Sim

## ANEXO 2

### ENTREVISTA SOBRE O LUTO MATERNO

#### Roteiro para entrevista

Meu nome é Priscila, sou psicóloga e estou querendo aprender sobre como uma mãe vive a maternidade depois de ter perdido um filho. Entendo que pode ser um assunto muito difícil de falar, pois com certeza ainda deve ser muito sofrido pra ti, mas acredito que falar nisso possa ajudar a ti e ao teu bebê a lidar melhor com toda a situação nova que vocês estão vivendo.

1) Me conta um pouquinho sobre como ocorreu a perda do teu filho: (caso não apareça no relato espontâneo, perguntar:)

1.1 Quando ocorreu a perda do teu filho? Que idade ele(a) tinha?

1.2 Qual foi a causa da morte do seu filho?

1.3 Como foi dada a notícia da morte do bebê? Em que momento após a perda? O que você sentiu ao receber a notícia da morte do seu filho? Quem lhe deu a notícia? Você estava sozinha ou acompanhada ao receber a notícia? Se estava acompanhada, de quem?

1.4 Você se despediu do seu filho? Participou do velório e do enterro?

1.5 O que você fez com as roupas e objetos do seu filho depois da morte dele? Você guardou algum objeto que era do seu filho? Alguma fotografia? Em que lugar? (fica visível ou escondido?)

1.6 Você recebeu algum tipo de apoio depois da perda do seu filho? De quem?

1.7 Já ocorreram outras perdas anteriores a esta? De quem? Quantas? Foram próximas ou distantes? Qual o intervalo de tempo entre uma perda e outra?

ANEXO 3  
ENTREVISTA SOBRE A VIVÊNCIA DA MATERNIDADE ATUAL E A RELAÇÃO  
MÃE-BEBÊ

Roteiro para entrevista

1) Gestação

1.1 Como foi sua gravidez? (se não aparecer no relato espontâneo, perguntar:)

1.1.1 Como você descobriu a gravidez?

1.1.2 Quanto tempo depois da perda do seu filho você engravidou novamente?

Como você se sentiu ao receber a notícia desta outra gravidez?

1.1.3 Com quanto tempo de gestação você estava quando a descobriu?

1.1.4 A gravidez foi planejada?

1.1.5 Quais eram tuas expectativas em relação ao bebê durante a gestação?

1.1.6 Você teve acompanhamento de outro profissional além do médico durante a gravidez?

1.1.7 Alguma vez você realizou algum tipo de atendimento/acompanhamento psicológico?

1.1.8 Como foi escolhido o nome do seu filho? Quem o escolheu?

1.1.9 Como foi essa gravidez?

1.1.10 Teve alguma intercorrência? Precisou de internação?

1.1.11 Foi gravidez de risco?

1.1.12 Você teve ameaça de aborto?

1.1.13 Você fez o acompanhamento pré-natal? Por quanto tempo?

2) Parto

2.1 Como foi seu parto? (se não aparecer no relato espontâneo, perguntar:)

2.1.1 Seu parto foi demorado? Rápido? Sofrido? Sem sofrimento? Com pouco sofrimento?

2.1.2 Foi cesariana ou parto normal?

2.1.3 O que a chegada desse bebê significou na tua vida?

2.1.4 Quais eram tuas expectativas em relação ao nascimento deste filho durante a gestação?

3) Primeiros meses:

3.1 Como foram os primeiros meses de convivência com seu bebê? (se não aparecer no relato espontâneo, perguntar:)

3.1.1 Houve alguma dificuldade no cuidado com o bebê nos primeiros dias de vida?

(Se a resposta for sim): você pode me contar o que aconteceu?

3.1.2 Como foi o retorno para casa após a alta do bebê?

3.1.3 Quem fazia os cuidados de higiene do seu bebê? Quem trocava a fralda e dava banho no seu bebê?

3.1.4 Você amamentou o seu bebê?

3.1.5 Quem colocava o seu bebê para dormir?

3.1.6 Você recebeu a ajuda de alguém para cuidar do seu bebê?

4) Momento atual:

4.1 Como é o seu bebê? (se não aparecer no relato espontâneo, perguntar:)

4.1.1 Ele é calmo? Agitado? Choroso?

4.1.2 Como é o seu relacionamento com ele? (se não aparecer no relato espontâneo, perguntar:)

4.1.3 Como você brinca com seu bebê? Você o acaricia, o beija, o toca e o olha? Como ele reage a essas atitudes? Há uma troca de olhares e carinhos entre vocês?

4.1.4 Como é o momento de troca de fraldas, alimentação, banho e sono do seu bebê?

4.1.5 Você acha que a experiência de perda vivida anteriormente afetou (ou ainda afeta) o seu relacionamento com o bebê? De que forma? E tu sente que a experiência de perda afetou/a outras pessoas da família? Quem?

## ANEXO 4

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A pesquisa intitulada “Vivência da maternidade e da relação mãe-bebê no contexto do luto materno”, coordenada pela psicóloga Priscila Nassif da Silva, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado em Psicologia Clínica – da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, tem por objetivo investigar de que forma a mãe vivencia a nova maternidade após a perda de um filho, compreendendo como essa vivência pode repercutir na relação com o bebê no primeiro ano de vida do mesmo. Acredita-se que as relações iniciais entre o bebê e seus cuidadores são importantes para o desenvolvimento saudável da criança, e qualquer evento que interfira nessas trocas entre o bebê e seus pais, tal como o luto materno pela perda de um filho, merece atenção e investigação. Assim, justifica-se a escolha do tema deste trabalho.

Se você optar por participar deste estudo, será necessário preencher um instrumento e responder a algumas perguntas sobre o luto pela perda do filho anterior. Suas respostas serão gravadas em arquivo de áudio e depois serão transcritas. Além disso, será necessário fornecer para a pesquisadora algumas informações pessoais, como nome, data de nascimento, profissão, e um endereço e telefone para contato.

Os dados deste estudo serão guardados em um banco de dados e serão tratados de forma anônima, preservando sua identidade. Seu nome será mantido no anonimato, mas os dados obtidos com a pesquisa poderão ser utilizados para publicação em artigos e eventos científicos.

Você pode se negar a responder qualquer pergunta, caso se sinta constrangida ou desconfortável. Sua participação é voluntária e não prevê nenhum tipo de remuneração. Assim, você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao atendimento que vem recebendo. Além disso, você pode fazer perguntas e solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade.

Dúvidas que surgirem poderão ser esclarecidas diretamente com a pesquisadora. Você também poderá solicitar uma devolução sobre os resultados dos instrumentos que você respondeu, ou que foram utilizados para observar o desenvolvimento do seu bebê.

Se você concorda em participar deste estudo, é necessário assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora e a outra ficará com você.

A pesquisadora responsável por essa pesquisa é a psicóloga Priscila Nassif da Silva, sob orientação da Dra. Tagma Marina Schneider Donelli, as quais poderão ser contatadas pelo telefone (51) 98436843 ou pelo e-mail: priscilanassif@hotmail.com.

### **Declaração de Consentimento**

Confirmo ter conhecimento do conteúdo desse termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo com a participação nessa pesquisa e por isso dou meu consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome da participante:

---

Assinatura da participante:

---

Assinatura da pesquisadora:

---

## ANEXO 5

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A pesquisa intitulada “Vivência da maternidade e da relação mãe-bebê no contexto do luto materno”, coordenada pela psicóloga Priscila Nassif da Silva, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado em Psicologia Clínica – da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, tem por objetivo investigar de que forma a mãe vivencia a nova maternidade após a perda de um filho, compreendendo como essa vivência repercute na relação com o bebê no primeiro ano de vida do mesmo. Acredita-se que as relações iniciais entre o bebê e seus cuidadores são importantes para o desenvolvimento saudável da criança, e qualquer evento que interfira nessas trocas entre o bebê e seus pais, tal como o luto materno pela perda de um filho, merece atenção e investigação. Assim, justifica-se a escolha do tema deste trabalho.

Se você optar por participar deste estudo, será necessário responder a algumas perguntas sobre a maternidade e seus sentimentos sobre a relação com o bebê atual. Suas respostas serão gravadas em arquivo de áudio e depois serão transcritas. Você e seu bebê também serão observados em um momento de interação livre. Além disso, será necessário fornecer para a pesquisadora algumas informações pessoais, como nome, data de nascimento, profissão, e um endereço e telefone para contato.

Os dados deste estudo serão guardados em um banco de dados e serão tratados de forma anônima, preservando sua identidade. Seu nome será mantido no anonimato, mas os dados obtidos com a pesquisa poderão ser utilizados para publicação em artigos e eventos científicos.

Você pode se negar a responder qualquer pergunta, caso se sinta constrangida ou desconfortável. Sua participação é voluntária e não prevê nenhum tipo de remuneração. Assim, você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao atendimento que vem recebendo. Além disso, você pode fazer perguntas e solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade.

Dúvidas que surgirem poderão ser esclarecidas diretamente com a pesquisadora. Você também poderá solicitar uma devolução sobre os resultados dos instrumentos que você respondeu, ou que foram utilizados para observar o desenvolvimento do seu bebê.

Se você concorda em participar deste estudo, é necessário assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora e a outra ficará com você.



A pesquisadora responsável por essa pesquisa é a psicóloga Priscila Nassif da Silva, sob orientação da Dra. Tagma Marina Schneider Donelli, as quais poderão ser contatadas pelo telefone (51) 98436843 ou pelo e-mail: priscilanassif@hotmail.com.

### **Declaração de Consentimento**

Confirmo ter conhecimento do conteúdo desse termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo com a participação nessa pesquisa e por isso dou meu consentimento, inclusive para utilização das imagens obtidas nas filmagens.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nome da participante:

---

Assinatura da participante:

---

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## REFLEXÕES FINAIS

A partir da exaustiva pesquisa para a realização desta dissertação pôde-se confirmar a escassez de estudos sobre luto materno e filho subsequente referida na literatura. Através das histórias das participantes deste estudo, foi possível corroborar, ainda, a vulnerabilidade das famílias que passaram pela perda de filhos pequenos.

Acredita-se que a realização desta pesquisa proporcionou uma maior compreensão a respeito da complexidade do luto materno, bem como um maior entendimento sobre a importância das relações iniciais entre mãe e bebê, principalmente no contexto do luto materno. Além disso, espera-se que este estudo tenha auxiliado de alguma forma na prevenção de distúrbios emocionais entre mãe e bebê no contexto de perda de filho anterior.

Por fim, a trajetória percorrida durante o Mestrado possibilitou um amplo conhecimento sobre a realização de uma pesquisa, desde as dificuldades que o pesquisador enfrenta até a satisfação de atingir o objetivo proposto. Assim, a vivência desta experiência proporcionou o amadurecimento tanto pessoal quanto profissional desta pesquisadora.

## REFERÊNCIAS

Lamb, E. (2002). The Impact of Previous Perinatal Loss on Subsequent Pregnancy and Parenting. *Journal of Perinatal Education*, 11(2): 33–40.

Maldonado, M. T. (1989) *Maternidade e Paternidade* (vol. 2). Rio de Janeiro, Brasil: Vozes.