

PERDA GESTACIONAL E REPERCUSSÕES DO TRAUMA NA MATERNIDADE: ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

*PREGNANCY LOSS AND REPERCUSSIONS OF TRAUMA
IN MOTHERHOOD: MULTIPLE CASES STUDY*

*PÉRDIDA DEL EMBARAZO Y REPERCUSIONES DEL TRAUMA
EN LA MATERNIDAD: ESTUDIO DE CASOS MÚLTIPLES*

Gabriela Nunes Maia ⁽¹⁾

Luiza Guazzelli da Costa Rodrigues ⁽²⁾

Daniela Centenaro Levandowski ⁽³⁾

RESUMO

Considerando as perspectivas de Winnicott e Ferenczi, este estudo teve como objetivo compreender o processo de luto e o potencial traumático da perda gestacional e analisar suas possíveis repercussões na vivência da maternidade. Foram analisados comparativamente quatro casos com características contrastantes, por meio de um questionário sociodemográfico, o Brief Symptom Inventory, o Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) e uma entrevista semiestruturada. Apenas em duas mães foi identificado um processo de luto decorrente da perda gestacional (de acordo com o PG-13), sem perturbações emocionais. Contudo, foram observadas repercussões do potencial traumático da vivência da perda gestacional na maternidade em todos os casos. A complexidade da experiência de perda gestacional

⁽¹⁾ Psicóloga pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pelo PPG em Ciências da Saúde da UFCSPA. Pós-Doutoranda no PPG em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro efetivo do Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP)/UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7459-664X> — email: gabnunesmaia@gmail.com

⁽²⁾ Psicóloga pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Mestranda em Child and Youth Studies na Brock University, St. Catharines, Canada. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica pelo Instituto de Terapias Integradas de Porto Alegre (ITIPOA), Porto Alegre, RS, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0457-8155> — email: luiza_guazzelli@hotmail.com

⁽³⁾ Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com pós-doutorado em Psicologia pela PUCRS e pelo Centre for Maternal and Child Health Research, School of Health Sciences, City University of London. Professora Associada do Departamento de Psicologia, PPG em Ciências da Saúde e PPG em Psicologia e Saúde, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Coordenadora do NEEDS (Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde)/UFCSPA, Porto Alegre, RS, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6338-7287> — email: danielal@ufcspa.edu.br

requer maior conhecimento científico para que melhores condutas de acolhimento a mulheres nessa situação sejam ofertadas pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: maternidade; perda gestacional; relação mãe-bebê; trauma; psicanálise.

ABSTRACT

Considering Winnicott and Ferenczi theoretical approaches, this study aimed to understand the grieving process and the traumatic potential of pregnancy loss and to analyze its possible repercussions on the experience of motherhood. Four cases with contrasting characteristics were analyzed comparatively, using a sociodemographic questionnaire, the Brief Symptom Inventory, the Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) and a semi-structured interview. Only two mothers were found to be grieving as a result of pregnancy loss (according to the PG-13), without emotional disturbances. However, repercussions of the traumatic potential of pregnancy loss experience in motherhood were observed in all cases. The complexity of pregnancy loss experience requires more scientific knowledge to improve the assistance provided by healthcare professionals to women in this situation.

Keywords: motherhood; pregnancy loss; mother-infant relationship; trauma; psychoanalysis.

RESUMEN

Considerando las perspectivas de Winnicott y Ferenczi, el objetivo de este estudio fue comprender el proceso de duelo y el potencial traumático de la pérdida del embarazo y analizar sus posibles repercusiones en la experiencia de la maternidad. Cuatro casos con características contrastadas fueron analizados comparativamente mediante un cuestionario sociodemográfico, el Brief Symptom Inventory, el Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13), además de una entrevista semiestructurada. Sólo dos madres presentaron un proceso de duelo por la pérdida del embarazo (según el PG-13), sin alteraciones emocionales. Sin embargo, se observaron repercusiones del potencial traumático de la experiencia de la pérdida del embarazo en la maternidad en todos los casos. La complejidad de la experiencia de la pérdida del embarazo requiere un mayor conocimiento científico para que los profesionales de la salud puedan prestar una mejor atención a las mujeres en esta situación.

Palabras clave: maternidad; pérdida del embarazo; relación madre-hijo; trauma; psicoanálisis.

Introdução

A saúde mental da mulher ou casal que vivenciou a perda de um filho tem sido bastante investigada (Adebayo et al., 2019; Côté-Arsenault et al., 2020; Eklund et al., 2022; Smith et al., 2020). Um estudo realizado na Alemanha (Baumann et al., 2020) evidenciou altas taxas de sintomas de estresse pós-traumático (74,9%) e depressivos (59,1%) nos genitores, além de dificuldades no processo de luto (complicado: 84,2%; prolongado: 49,5%). Uma revisão de literatura (Fortin & Keitel, 2021) indicou que a gestação subsequente à perda gestacional (PG) pode ser vivenciada como um trauma e repercutir na saúde mental materna. Outro estudo de revisão (Barlé et al., 2017) afirmou que a PG pode se configurar como uma experiência traumática, em virtude de características como imprevisibilidade, suposta possibilidade de prevenção e testemunho da morte do próprio filho no próprio corpo. Ocorrências múltiplas de PG podem reforçar essas características (Fortin & Keitel, 2021) e, conseqüentemente, o potencial traumático dessa experiência.

Tal potencial pode ser compreendido a partir do conceito de trauma elaborado por Winnicott (1965/2018, 1986/2021) e Ferenczi (1934/1992). Para Winnicott, o trauma seria uma vivência composta de situações intensas e dolorosas, em que a experiência individual sofreria grande intrusão do mundo externo, de forma súbita ou imprevisível (Winnicott, 1989/1994). A noção winnicottiana de trauma pode resultar em cinco sentidos diferentes, de acordo com o momento de amadurecimento do sujeito que experiencia o acontecimento (Fulgencio, 2004). No caso de uma PG ocorrida na vida adulta, pode-se entendê-la como um trauma que resulta de um tipo de “destruição da pureza da experiência individual por uma demasiada intrusão súbita ou imprevisível de fatos reais” (Winnicott, 1989/1994, p. 114). Nesse sentido, mesmo com os fundamentos da personalidade bem estabelecidos, essa intrusão imprevisível de um fato real pode causar tamanha decepção e sofrimento a ponto de paralisar momentaneamente o sujeito e resultar em amargor, ressentimento e quebra de confiança na “humanidade” (Dias, 2006). Winnicott (1965/2018) considerava a situação como traumática pelo fato de o sujeito não encontrar uma provisão ambiental suficiente para apoiar seu desenvolvimento, especialmente em condição de vulnerabilidade física e psíquica. Entende-se que a transição para a maternidade pode deixar a mulher numa condição complexa e delicada, de vulnerabilidade física (em função do próprio processo gravídico e seus riscos) e psíquica (pelos movimentos de reorganização emocional, vincular, social, entre outros) disparados a partir da concretização da gestação (Mota et al., 2019; Zanatta et al., 2017). No caso de uma PG, a mulher

ficaria ainda mais vulnerável psiquicamente diante da interrupção dessa transição para a maternidade (Tavares et al., 2023), ou seja, da *continuidade de ser mãe* – do processo de gestar física e psicologicamente um bebê.

Já para Ferenczi, o trauma seria causado por algum acontecimento que geraria uma grande desorganização nas capacidades e funções egóicas, denominada comoção psíquica. Essa comoção acarreta a redução parcial ou total do sentimento de confiança em si e no mundo, equivalente a um aniquilamento do sentimento de si, da capacidade de resistir, de agir e de pensar para a defesa de Si mesmo (Ferenczi, 1934/1992). No caso de uma PG, o choque relatado pela gestante ao descobrir a morte do bebê, devido à intensidade da experiência, pode provocar essa condição, indicativa de seu potencial traumático. Ademais, para Ferenczi (1931/1992), o trauma seria constituído por dois momentos: o evento traumático em si e a forma como o ambiente acolhe o sujeito após a situação. Assim, o traumatismo patogênico não é causado apenas pelo evento vivido, mas principalmente pela negação do ambiente a respeito dessa vivência dolorosa do sujeito, denominada pelo autor como desmentido. O desmentido envolve a não validação perceptiva e afetiva da vivência dolorosa, seu não reconhecimento pelo entorno e, por conseguinte, o descrédito da condição de vitimização do sujeito. Estabelecendo um paralelo com a PG, a literatura aponta a invalidação social, o não reconhecimento da perda e da dor dela decorrente pelo entorno dos casais e famílias enlutados (Diamond et al., 2021; Fortin & Keitel, 2021; Smith et al., 2020; Tenório et al., 2019), que representaria o desmentido indicado por Ferenczi, e reforça o potencial traumático dessa experiência. A dificuldade de reconhecer a dor advinda de uma PG e de acolher as famílias que a vivenciam está presente inclusive entre profissionais de saúde. Apenas recentemente tem-se buscado elaborar condutas mais adequadas ao manejo da PG (Berry, 2022; Mergl et al., 2022).

Apesar desse potencial traumático, ainda são escassos e inconclusivos os estudos sobre o impacto da perda de um filho no exercício da maternidade. Os estudos existentes têm focado mais nos impactos da PG na gestação subsequente (Fortin & Keitel, 2021; Meredith et al., 2017). Poucos consideram os filhos nascidos antes dessa experiência e o impacto na maternidade. Dentre estes, uma investigação longitudinal (Côté-Arsenault et al., 2020) evidenciou, entre mães norte-americanas com múltiplas PG, sintomas depressivos aos 12 meses e aos cinco anos da criança nascida subsequentemente às múltiplas perdas, além de sentimentos menos positivos em relação à maternidade. Os autores observaram um agravamento nessa condição conforme o momento da PG, já que mães com PG tardia apresentaram menor satisfação em relação ao cuidado do bebê subsequente.

Tendo em vista o impacto da PG para as mulheres que a vivenciam, entende-se que Winnicott e Ferenczi são autores que podem auxiliar no entendimento desse fenômeno. Ambos consideram o ambiente como um importante fator na construção da subjetividade (Rosa & Silva, 2023), representado tanto pela intrusão ambiental (Winnicott, 1989/1994), quanto pelo desmentido (Ferenczi, 1934/1992). Esse ambiente também poderia ser representado pelo corpo no qual ocorre a PG. Assim, esses autores valorizam o corpo enquanto capaz de afetar a constituição psíquica do sujeito (ao mesmo tempo em que faz parte dela). Além disso, as compreensões desses autores relativas ao trauma possibilitam uma discussão relevante (Gutiérrez-Peláez & Herrera-Pardo, 2017; Rosa & Silva, 2023) no contexto da PG. Contudo, estudos qualitativos sobre o potencial traumático da PG com base nas compreensões teóricas desses autores não foram encontrados até o momento. Dessa forma, o presente estudo explora essa perspectiva, de forma a contribuir para o avanço de pesquisas brasileiras na área. Ainda, entende-se que a compreensão do tema possibilitará aprimorar a formação de profissionais da saúde e estratégias de cuidado às mulheres e famílias. Assim, o objetivo deste estudo foi compreender o processo de luto de mulheres que sofreram PG e que têm filhos nascidos antes e depois da perda, a fim de investigar seu potencial traumático e analisar suas eventuais repercussões na vivência da maternidade, consideradas as perspectivas de Winnicott e Ferenczi.

Método

Delineamento

Estudo qualitativo e transversal de casos múltiplos contrastantes (Yin, 2016) elaborado a partir de dados derivados do projeto Fatores de risco para sintomas psicofuncionais em bebês de mães jovens: Foco na idade, na saúde mental e no luto materno – SINBEBÊ LUTO (Levandowski et al., 2016).

Participantes

Para integrar o projeto, as mães deveriam ter ao menos um bebê (de 6 a 24 meses) nascido após uma PG e não poderiam apresentar indicativo de psicopatologia severa (esquizofrenia, transtorno de personalidade borderline/antissocial, entre outras). Foram selecionadas para este estudo todas as participantes do projeto com filho(s) nascido(s) anteriormente e posteriormente à perda ($n=4$). Na Tabela 1 constam as características sociodemográficas das participantes e seus filhos.

Tabela 1 — Características sociodemográficas das participantes e seus filhos

	Participantes (mães)			
	M1	M2	M3	M4
Idade (anos)	37	37	41	37
Escolaridade	Pós-Grad.	Pós-Grad.	Pós-Grad.	Pós-Grad.
Estado civil	Casada	Casada	Casada	Casada
Religião	Luterana	Cristã	Católica	Batista
Ocupação / trabalho formal	Sim	Não	Sim	Não
Filhos nascidos antes da perda gestacional (AP)				
	AP1	AP2	AP3*	AP4.1 e AP4.2
Idade (anos)	5	7	8	6 e 4
Sexo	Masc	Fem	Masc	Fem e Masc
Filhos nascidos depois da perda gestacional (DP)				
	DP1	DP2	DP3	DP4
Idade (meses)	11	18	7	24
Sexo	Masc	Masc	Fem	Masc

Nota: * Filho mais velho apresenta desenvolvimento atípico severo (síndrome genética).

Instrumentos

Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos (adaptada de NUDIF, 2008a), para caracterizar as mães e seu contexto.

Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1993; validado para Portugal por Canavarro, 1999), composto por 53 questões (escala Likert de 5 pontos) que avaliam a presença de sintomas psicopatológicos em nove subescalas: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, e psicoticismo. Calculou-se o Índice de Sintomas Positivos (ISP) para selecionar as mães, em que $ISP \geq 1,7$ sinaliza indícios de problemas de saúde mental (Canavarro, 2007).

Questionário sobre Situações de Perda (QSP) (Vescovi et al., 2017), para descrever as principais características das perdas vivenciadas pelas mães (pessoa perdida, momento de ocorrência, causa, entre outras).

Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) (validado para o Brasil por Delalibera et al., 2017), composto por 13 questões (11 de múltipla escolha, com escala Likert de 5 pontos, e duas com resposta sim/não) para avaliar a presença de

sintomas de luto prolongado. Para o diagnóstico, é necessário pontuar em todos os critérios: (A) perda de filho; (B) ansiedade ou angústia de separação; (C) forte desejo de encontrar a pessoa perdida por pelo menos seis meses; (D) apresentar pelo menos cinco sintomas, dentre: preocupação, ruptura/descontinuidade da identidade, descrença, evitação, intensa dor emocional, dificuldade em retomar atividades/relações sociais, dormência emocional, sentimento de falta de sentido da vida, sentimento de intensa solidão; e (E) comprometimento significativo em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes da vida.

Entrevista sobre Vivência de Luto Materno e Experiência de Maternidade Atual (versão adaptada de NUDIF, 2008b; e Silva, 2012), de caráter semiestruturado, para investigar a experiência de PG, de luto e a vivência da maternidade.

Procedimentos de coleta de dados

A divulgação da pesquisa começou em junho de 2017, em mídias sociais, rede de contatos da equipe de pesquisa e instituições de saúde. As mães também foram indicadas por outras participantes (*snowball*). No primeiro contato verificava-se os critérios de inclusão e exclusão do projeto. Com a concordância das mulheres, agendava-se um encontro (presencial ou virtual) para a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aplicação de instrumentos quantitativos. No segundo encontro, outro TCLE era assinado e realizava-se uma entrevista individual, audiogravada para posterior transcrição.

A coleta de dados transcorreu de novembro de 2018 a julho de 2020. Apenas um caso foi contatado durante a pandemia de Covid-19, em que os instrumentos quantitativos foram disponibilizados em formulário eletrônico no SurveyMonkey e a entrevista realizada via Google Meet.

Procedimentos de análise dos dados

Para ampliar a integridade metodológica do estudo (Levitt et al., 2018), a análise dos casos seguiu o princípio da triangulação de dados (Yin, 2016), integrando características sociodemográficas e clínicas das participantes, resultados do PG-13 e BSI (apresentados descritivamente) e relatos das entrevistas, que passaram por análise temática (Braun & Clarke, 2006; Braun et al., 2014). Para tal, foram lidos exaustivamente pelas duas primeiras autoras, de modo independente e concomitante, para a identificação de conteúdos relevantes aos objetivos do estudo. A partir disso, de forma dedutiva, elencou-se alguns eixos temáticos que serviram para guiar a construção do relato dos casos e análises, que se deram de forma individual (estratégia de proposições teóricas, com base nas perspectivas de Winnicott e Ferenczi) e comparativa (estratégia de síntese de dados cruzados, cf. Yin,

2016), destacando semelhanças e diferenças entre os casos. Os eixos temáticos estabelecidos pelas duas primeiras autoras foram revisados pela terceira.

Considerações éticas

Na condução do projeto do qual este estudo deriva foram seguidas as diretrizes éticas para pesquisas com seres humanos vigentes no país, conforme as Resoluções 510/2016 e 466/2012 (Ministério da Saúde, 2012, 2016). O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCSPA, conforme parecer nº 4.218.378.

Resultados

Em relação às características clínicas e da PG (Tabela 2), apenas uma mãe vivenciou mais de uma perda. Todas as mães apresentaram sintomas psicopatológicos (Tabela 3) de caráter não clinicamente significativo e nenhuma alcançou pontuação para luto desadaptativo.

Tabela 2 — Características clínicas das gestações e das perdas gestacionais

	M1	M2	M3	M4
Gestações anteriores à PG				
Quantidade	1	1	1	2
Tratamento para engravidar	Não	Não	Não	Não
Gravidez planejada	Não	Sim	Sim	Sim
Complicações durante a gestação	Sim	Não	Não	Não
Perda de filho*				
Tempo entre o nascimento dos filhos mais velhos e a PG (anos)	5	5	5	4 e 2
Tipo	PG**	PG***	PG***	PG***
Quantidade	1	1	1	2
Tempo entre a PG e o nascimento dos bebês (anos)	5	1	2	1
Gestação posterior à PG				
Tratamento para engravidar	Não	Não	Não	Não
Gravidez planejada	Não	Sim	Sim	Não
Complicações durante a gestação	Não	Não	Não	Não

Notas: PG: perda gestacional; * PG aconteceu, no máximo, até cinco anos em relação ao momento de coleta de dados, necessariamente antes do bebê mais novo; ** Gestação gemelar: apenas um bebê sobreviveu (o filho mais velho);

*** Início da gestação: a expulsão do feto ocorreu naturalmente, sem necessidade de intervenção médica.

Tabela 3 — Avaliação de sintomas psicopatológicos (BSI) e do luto prolongado (PG-13)

BSI				
	M1	M2	M3	M4
Somatização	0,285	0,285	0,285	0
Obsessões/compulsões	1,666	0,333	0,666	0,166
Sensibilidade interpessoal	1,75	0,75	0	1
Depressão	1,166	1	0	0,166
Ansiedade	0,666	0,333	0,166	0,333
Hostilidade	0,4	1,6	0,8	0,2
Ansiedade fóbica	1,2	0	0,2	0
Ideação paranoide	1,4	0,6	0,2	0,2
Psicoticismo	0,4	0,6	0,2	0
ISP	1,606	1,545	1,333	1
PG-13				
Dimensões	M1	M2	M3	M4
A	Sim	Sim	Sim	Sim
B	Não	Não	Não	Não
C	Sim	Não	Não	Não
D	Não	Não	Não	Não
E	Sim	Não	Não	Não
Luto prolongado	Não	Não	Não	Não

Notas: BSI: Brief Inventory Symptoms; PG-13: Prolonged Grief Disorder–13; ISP: Índice de Sintomas Positivos; Dimensões: A Perda gestacional; B Angústia de separação; C Duração de sintomas da angústia de separação; D Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais; E Comprometimento social e ocupacional.

No relato dos casos, apresentados a seguir, as participantes/mães foram designadas como “M”, os filhos nascidos antes da perda como “AP” e os depois da perda como “DP”, com um número que indica o caso.

Caso M1 (M1: 37 anos; AP1: 5 anos; DP1: 11 meses)

A primeira gestação de M1 foi gemelar e um dos bebês não sobreviveu. Durante essa gestação, ela sentiu muita angústia: “A [médica] disse que não se faz nada, [o feto morto] fica ali e ele pode ser absorvido, ou não. Foi horrível. Eu imaginava que tinha uma criança morta e uma criança viva”. Também relatou desespero, sentimento de incapacidade física e psicológica, vergonha, autoestima

abalada, culpa e “dor emocional e física”. Quando soube da nova gestação – não planejada, cinco anos depois –, M1 teve medo de reviver a situação de perda, o que gerou ansiedade intensa: “Revivi tudo aquilo [dor, sofrimento, angústia]. Até eu fazer a eco das 12 semanas, eu não contei pra ninguém que eu tava grávida e eu chorava muito ainda...”. Sentiu-se aliviada após o exame ter confirmado a saúde da filha, passando a investir mais nela: “Aí teve um alívio e teve uma ruptura com essa questão do luto. [...] ‘Tá [pensei], agora eu tenho um bebê que é saudável e eu vou viver isso aqui’”.

Com o acompanhamento de psicóloga, construiu com familiares e amigos um presente simbólico para o filho perdido na data de seu primeiro aniversário e o guardou como forma de concretizar a existência dele, o que foi sentido por ela como um ritual de despedida. Comparou o início da vida do AP1 com a da DP1. Em função do luto, não se sentia completamente disponível para a filha recém-nascida: “Porque eu acho que nosso primeiro ano de mãe e filha foi um ano difícil, porque ela tinha problema respiratório e refluxo. E eu [estava] muito triste ainda com essa perda.” Ao mesmo tempo, em relação à DP1, M1 referiu que as etapas desenvolvimentais estavam sendo vivenciadas de maneira “mais leve”. Ela se sentia mais sensível para perceber os sinais da bebê e respeitar o tempo dela.

M1 estava em acompanhamento psicológico desde a PG. Ela percebia a indisponibilidade de algumas pessoas para falar sobre essa vivência, o que causou seu afastamento delas.

Caso M2 (M2: 37 anos; AP2: 7 anos; DP2: 18 meses)

M2 teve uma PG um ano antes de engravidar de DP2. A gestação foi planejada e perdê-la reativou vivências anteriores de perdas, que tanto ela quanto o companheiro ainda não tinham conseguido elaborar adequadamente. O parto difícil da primeira filha também veio à tona, revelando-se como traumático. Para além da distância física, M2 sentiu que as pessoas não deram a devida atenção à sua perda e aos sentimentos decorrentes dela: “O luto de um aborto não é validado pelas pessoas. Elas [falam] [...] ‘tá tudo bem, logo vocês vão ter outro!’ Elas não se sentiam à vontade de conversar comigo sobre a perda [...] Então, muitos disseram ‘Ele praticamente nem era um bebê’. Mas ele era meu filho.” Dessa forma, M2 descreveu a PG como uma perda “diferente”, pela incompreensão social, ausência de saudade e intenso sofrimento: “É uma ferida que cicatriza. [...] a perda do bebê foi literalmente o toque da morte, [...] de uma dor inexplicável, não pode ser dita em palavras.”

O casal realizou tratamento psicoterapêutico individualizado, porque “A perda desse bebê mexeu em muitas coisas da nossa vida”, o que foi importante para o processo de luto decorrente de perdas de outra natureza. Como parte da psicoterapia, M2 realizou um ritual de despedida do bebê perdido.

Durante toda a gestação subsequente à PG, M2 reviveu sentimentos de ansiedade e medo da perda ou de um parto traumático. O acompanhamento médico foi importante pela valorização desses medos e ansiedades, e nele o profissional adotou condutas flexíveis e acolhedoras. Em relação à maternidade, M2 entendia que, com a primeira filha, tudo acontecera de maneira mais fluida: “Ela [AP2] tem muita coisa parecida comigo que eu tinha me esquecido. Ela me trouxe um resgate de mim e [...] eu trabalhei [muito] isso na terapia depois da perda do bebê.” Já o DP2 mostrava-se mais desafiador: “Ele veio me ensinar também sobre o não controle das coisas [...] porque ele veio na hora dele, faz tudo na hora dele.”

Caso M3 (M3: 41 anos; AP3: 8 anos, desenvolvimento atípico; DP3: 8 meses)

Quando seu primeiro filho estava com cinco anos, M3 engravidou e logo revelou a notícia, mas a PG ocorreu por volta das 12 semanas: “Eu tenho como um momento de muito sofrimento, mas não é algo que eu leve comigo.” Após esse acontecimento, ela e o companheiro seguiram desejando ter mais um(a) filho(a). Contudo, as demandas do primogênito, que apresentava desenvolvimento atípico, o aumento considerável do volume de trabalho e o medo de uma nova perda e de um novo filho atípico adiaram esse sonho. Após dois anos da PG, M3 engravidou e, por temer uma perda, não comunicou a novidade. Segundo ela, essa gestação auxiliou na superação da PG: “Como a gente engravidou de novo, essa perda se superou, porque a gente teve outro filho [...] Certamente mudou a minha vida em algum aspecto, mas não é algo que eu lembre todos os dias: ‘Perdi um filho...’. Não, tive uma situação de aborto.” A necessidade de estar atenta e cuidar dos outros filhos não permitiu que M3 focasse sua atenção na PG: “Não foi algo que tenha deixado uma chaga na gente... Depois veio a DP3, depois de um tempo, e é ela que nos importa.”

Ao falar sobre a perda, a M3 comparou sua experiência com os dois filhos: aquela com o AP3 foi mais desafiadora, por ser atípica: “A gente só consegue ver agora. Olhando lá pra trás, pra nós, era tudo [possíveis atrasos no desenvolvimento do filho] normal. Porque era nosso primeiro filho.” Já em relação à DP3, apesar da pouca idade, M3 a percebe como “muito independente”.

Caso M4 (M4: 41 anos; AP4.1: 6 anos; AP4.2: 4 anos; DP4: 2 anos)

Um ano antes de engravidar do DP4, M4 teve duas PG. Ela relatou não ter sofrido muito com essas experiências: “Acabei perdendo, mas foi assim bem tranquilo, né? Eu não tive muita dor, não precisei fazer nenhuma intervenção médica, né? Foi aborto espontâneo.” Em função disso, M4 considera que “Como veio, foi. Foi algo natural. Apesar de a gente querer muito, foi natural. Não teve angústia.” Ao mesmo tempo, mencionou dúvidas acerca de sua responsabilidade frente às perdas: “E eu acho que acabei fazendo força demais, porque [a PG] foi logo [no] primeiro mês [...] [pensei]: ‘Fiz bobagem, né?!’” O casal não contou para pessoas próximas e para os filhos sobre esses acontecimentos.

Quando engravidou novamente, M4 relatou não ter tido tempo de se preocupar com uma nova PG em função das demandas domésticas e do cuidado aos outros filhos: “Não deu tempo, né, porque é tanta coisa pra fazer!” A espiritualidade estava muito presente em sua forma de entender e vivenciar a PG: “A gente acredita muito em Deus, sabe? E assim como Deus nos dá, a gente crê que ele também pode nos tirar.” O nascimento do DP4 foi marcado por imensa alegria e sensação de empoderamento por ter gestado uma vida: “Você se sente a pessoa mais incrível do mundo. [...] É de se sentir assim completa, preenchida.” M4 percebeu o início da vida do DP4 mais difícil, quando comparada aos demais filhos, pela maior dificuldade para organizar e manter uma rotina: “Quando ele nasceu, chorava bastante, foi difícil. [...] Alguma coisa o incomodava. Ele teve um deslocamento do ombro na hora do parto [...] a gente não sabia disso.” Quando essa situação clínica foi identificada e tratada, a organização da rotina melhorou. Outra diferença do DP4 em relação aos irmãos mais velhos foi a seletividade alimentar, que seguiu até em torno dos 18 meses de vida.

Discussão

Foi possível identificar aspectos semelhantes e particularidades entre os casos analisados. Duas mães (M1 e M2) reportaram um sentimento de perda diante da morte do bebê e a vivência de um processo de luto posterior à PG. Hipotetiza-se que, para essas mulheres, a vivência da PG tenha sido experienciada como uma intrusão ambiental (Winnicott, 1989/1994), por se tratar de uma situação inesperada, intensa e dolorosa, com potencial de acarretar uma comoção psíquica, conforme referido por Ferenczi (1934/1992).

Na perspectiva de Winnicott, a PG pode ser considerada uma situação de intrusão ambiental, que a mulher pode sentir como decorrente de uma falha de seu próprio corpo (entendido como seu eu) na sustentação da gestação, corpo este que também pode ser entendido como parte do ambiente da mulher/mãe. A interrupção da gravidez pode despertar inconscientemente na mulher um sentimento de falha e incapacidade de ser mãe. Assim, mesmo já tendo alcançado uma condição de integração do eu (Fulgencio, 2004), a mulher, diante da imprevisibilidade da perda do bebê e da impossibilidade de tê-la evitado (Brum et al., 2020), pode vivenciar uma ruptura de sua continuidade de ser e sentir como se tivesse perdido uma parte de si (Herzog & Pacheco-Ferreira, 2015), o que indica o potencial traumático dessa experiência. De fato, a PG denota a impossibilidade de controle da mulher sobre o próprio corpo e pode gerar uma sensação de despersonalização (Faria-Schützer et al., 2014). Assim, tanto em Winnicott quanto em Ferenczi, a PG pode resultar numa sensação de aniquilamento do eu, do Si mesmo. Em outros estudos, esse potencial traumático foi percebido pela sensação de um “vazio eterno” (Visintin et al., 2020) e o não reconhecimento do próprio luto pela mulher enlutada (Tenório et al., 2019).

As outras duas mães (M3 e M4) não consideraram ter perdido um filho e nem ter vivenciado um luto após a PG. Elas parecem ter tido menor disponibilidade afetiva e de tempo para contatar essa vivência e sua dor, devido às demandas de cuidado aos outros filhos. As duas também não demonstraram expectativas e fantasias sobre o bebê que estava sendo gestado, o que indica um menor investimento psicológico. Conforme citado por Hutti et al. (2017), isso poderia explicar parcialmente a menor intensidade de seu sofrimento, o que concorda com achados de um estudo norte-americano (Wonch Hill et al., 2017) que não identificou o impacto de um aborto na autoestima de mulheres. Conforme os autores, ter filhos vivos funcionou como um fator de proteção diante da perda (Wonch Hill et al., 2017), o que também pode ter acontecido com M3 e M4.

De todo modo, a presença de algum nível de sofrimento psíquico após a notícia da PG, observada em todos os casos, concorda com a literatura (Fortin & Keitel, 2021; Wonch Hill et al., 2017). Particularmente, o sofrimento em decorrência da PG, observado em algum nível nas participantes M1, M2 e M3, pode ser indicativo da dor narcísica gerada por esse tipo de perda, que pode simbolizar a perda de uma parte de si mesma e de expectativas sobre o futuro do bebê e o que ele representa (Aguiar & Zornig, 2016; Fortin & Keitel, 2021; Freire & Chatelard, 2009). À dor narcísica soma-se a dor física, o que pode afetar a percepção da mulher sobre si mesma, uma vez que a interrupção da gestação, como citado, pode ser sentida como falha ou incapacidade de maternar. Outros

estudos também apontaram perda de confiança em si mesma e abalos na identidade (Adebayo et al., 2019) em mulheres que vivenciaram uma PG.

É importante destacar que as participantes que narraram sofrer diante da PG e vivenciar um processo de luto (M1 e M2) também relataram ausência de reconhecimento social da perda. A validação social e a nomeação da perda vivida são fundamentais para o processo de significação e elaboração (Smith et al., 2020), pois a negação do sofrimento materno exerce um desmentido da experiência (Ferenczi, 1931/1992). Talvez justamente por validarem para si mesmas essa vivência de perda, as participantes tenham esperado postura semelhante do entorno, o que pode ter ocasionado a sensação de isolamento reportada por elas. Na perspectiva winnicottiana, o não reconhecimento social denotaria uma falha ambiental, a falta de um ambiente facilitador ou confiável (Adebayo et al., 2019; Winnicott, 1965/2018, 1989/1994). É possível que esse aspecto explique a realização de rituais de despedida por algumas participantes, pois eles ajudam a simbolizar, para elas e suas famílias, a existência e a morte do bebê não reconhecidas socialmente. Os rituais de despedida e a criação de memórias em relação ao bebê perdido tendem a auxiliar as famílias na elaboração e significação da perda, contribuindo para o bom andamento do processo de luto (Cassidy, 2021; Oreg, 2020).

Antes da PG, as participantes sentiam-se plenas e poderosas gestando (Iaconelli, 2007), especialmente M1. De acordo com Iaconelli (2007), a fantasia onipotente característica da gestação potencializa o efeito traumático quando ocorre a perda. Após a vivência traumática e seu desmentido, essa sensação de confiança em si e no mundo tende a diminuir (Adebayo et al., 2019; Ferenczi, 1934/1992), o que se reflete no isolamento social (M1) e no receio e preocupação quanto a uma nova perda em gestações subsequentes (M2).

As participantes relataram ter recebido apoio de algumas pessoas, especialmente dos profissionais de saúde. Esse apoio foi sentido na adoção de conduta profissional flexível com as singularidades de cada mãe, no acolhimento no momento da perda e no cuidado à gravidez subsequente (M1 e M2), nas orientações psicológicas recebidas quanto ao processo de luto (M3) e nas orientações técnicas sobre cuidados durante a gestação subsequente (M4). Diferentemente dos estudos anteriores (Adebayo et al., 2019; Andipatin et al., 2019), neste estudo percebeu-se um cuidado e uma postura empática e adequada dos profissionais, o que possibilitou melhores condições para a elaboração da perda (Smith et al., 2020; Tseng et al., 2017). Ainda sobre o apoio recebido, embora amigos próximos tenham sido mencionados (M1), destacou-se o apoio do companheiro (M2,

M3 e M4), que, conforme Adebayo et al. (2019), mostra-se fundamental para um processo de luto mais adaptativo.

Outro aspecto a ser comentado é o quanto a imaterialidade e a ambiguidade da PG podem colocar a mulher numa condição de dúvida frente à própria percepção, à realidade da perda e à própria sanidade mental (Aguiar & Zornig, 2016; Freire & Chatelard, 2009), como visto em M1. De acordo com Ferenczi (1934/1992), isso sinaliza o quanto a angústia traumática pode facilmente se transformar em medo da loucura.

Dentre as especificidades dos casos analisados, cabe comentar a ocorrência da PG no contexto de uma gestação gemelar de M1. Nessa situação, a ambiguidade de ter um bebê vivo (sobrevivente) e um bebê imaginário (morto) pode acentuar o sofrimento materno, conforme indicado por um estudo realizado no Reino Unido (Jordan et al., 2018). No relato de M1 foram percebidas repercussões da PG no início da vida extrauterina do filho sobrevivente, pela menor disponibilidade e maior angústia em relação à maternagem em função do enlutamento. Tais dificuldades podem estar associadas a fantasias inconscientes relacionadas ao sentimento de incapacidade e culpa pela perda do bebê (Aguiar & Zornig, 2016; Jordan et al., 2018; Wonch Hill et al., 2017).

É interessante observar ainda que, para M2, a PG atuou como “gatilho” para situações de vida difíceis anteriores, não acessadas conscientemente como traumáticas (como por exemplo, o parto da AP2). Assim, evidencia-se como o potencial traumático da PG pode ser intensificado pela sobreposição a outras vivências traumáticas, intensificando o sofrimento decorrente de perdas prévias, o que também pode repercutir sobre a maternidade. Em uma revisão de escopo (Berry, 2022), foi discutida a presença de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em pessoas que viveram uma perda perinatal devido aos componentes traumáticos desse tipo de perda, tais como a presença de um diagnóstico na gestação (por exemplo, malformação fetal) e de dificuldades no parto (por exemplo, violência obstétrica), a reação do entorno em relação à perda (por exemplo, não reconhecimento social), e as características da própria experiência de perda (por exemplo, ruptura de crenças e valores). Dessa forma, embora nem todas as pessoas que vivenciam perda perinatal apresentem TEPT, muitos estudos demonstram uma associação entre sintomas psicopatológicos (depressivos, de ansiedade e TEPT) e PG (Adebayo et al., 2019; Baumann et al., 2020; Côté-Arsenault et al., 2020; Eklund et al., 2022; Fortin & Keitel, 2021; Smith et al., 2020). Percebe-se que, diante da sobreposição de vivências traumáticas – como, por exemplo, uma nova gestação para uma mulher que ainda apresenta intenso sofrimento relacionado à PG –, sentimentos contraditórios podem emergir, dificultando a integração

entre a experiência presente (gestação) e a passada (perda) e o reconhecimento da própria identidade (Fortin & Keitel, 2021).

Uma perspectiva diferente sobre a PG foi encontrada em M3, para quem a possibilidade de um segundo filho com desenvolvimento atípico devido a uma síndrome genética parece ter sido um fator atenuante para o sofrimento decorrente da PG, pelos processos de luto que uma criança com desenvolvimento atípico impõe à família ao longo do desenvolvimento (Emerson, 2020). Assim, o medo e a preocupação com a possibilidade de repetição dessa situação podem ter sido mais intensos do que a dor da perda do bebê, o que pode explicar o fato de M3 não ter vivenciado um luto e ter mencionado “superação” (*sic*) da perda a partir da chegada do filho saudável. Contudo, questiona-se o quanto essas vivências (PG e maternidade atípica) podem ter vulnerabilizado psiquicamente essa participante.

A espiritualidade emergiu como um aspecto relevante para M4, o que concorda com achados de um estudo dinamarquês sobre perda perinatal (Eklund et al., 2022). Também um estudo chinês (Tseng et al., 2017) observou que pais sem crença espiritual tinham mais chance de apresentar maior sofrimento após a perda perinatal. Outro aspecto observado em M4 foi a maior referência aos aspectos positivos da maternidade em detrimento do sofrimento decorrente da PG. Essa valorização poderia ser entendida como uma ressignificação, assemelhando-se aos achados de Erato et al. (2021), que evidenciaram, após a vivência de PG, a atribuição de um novo sentido à maternidade, percebida como uma experiência mais positiva e recompensadora.

Conclusões

Neste estudo percebeu-se que a condição de imaterialidade e complexidade da PG possibilitou a abertura de diferentes caminhos psíquicos para lidar com sua ocorrência. Enquanto algumas mulheres se questionaram sobre a realidade de sua perda/dor (M1), outras necessitaram de um ritual de despedida para sua elaboração (M1 e M2) e outras, ainda, relataram um sofrimento menos intenso perante esse acontecimento (M3 e M4).

De todo modo, o potencial traumático da experiência de PG, considerando a perspectiva de Winnicott e Ferenczi, repercutiu de alguma forma sobre a maternidade das participantes, especialmente na reorganização emocional e prática, na maneira de entender e vivenciar o ser mãe. Entretanto, tal potencial traumático pode variar conforme o contexto de vida da mulher, sua condição de

saúde mental no momento da perda, as características da perda em si, a presença de uma rede de apoio e os cuidados recebidos dos profissionais de saúde. Assim, embora o potencial traumático envolvido na PG e seus desdobramentos sobre a maternidade tenham sido identificados, a vivência de PG não necessariamente foi registrada como um trauma por todas as mulheres. Nesse sentido, destaca-se a importância do ambiente como recurso de apoio e validação da PG, pois a ausência disso dificultou o processo de (re)significação da perda e de elaboração do luto. Reforça-se, então, a importância do cuidado humanizado da PG pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral, que respeite as singularidades de cada vivência e seus desdobramentos.

Limitações e estudos futuros

O caráter transversal, o uso de apenas uma fonte de dados (mães) e a falta de diversidade em relação à orientação sexual das participantes (todas elas mulheres cis heterossexuais) são limitações do presente estudo. Investigações futuras devem acessar outros familiares para compreender os possíveis impactos da PG na maternidade. Famílias de diversas sexualidades e gêneros também devem ser contempladas. Para investigar o potencial traumático da PG, recomenda-se complementar os achados de entrevistas com observação da interação mãe-bebê, assim como estudos longitudinais dessas díades. Ainda, avaliar o desenvolvimento dos filhos sobreviventes (nascidos antes e depois da PG) poderá ampliar a compreensão das repercussões da PG sobre a maternidade, a partir de seus desdobramentos na relação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil.

Referências

- Adebayo, A.; Liu, M.; Cheah, W. (2019). Sociocultural understanding of miscarriages, stillbirths, and infant loss: A study of Nigerian women, *Journal of Intercultural Communication Research*, 48(2), 91-111. <https://doi.org/10.1080/17475759.2018.1557731>
- Aguiar, H. C.; Zornig, S. (2016). Luto fetal: A interrupção de uma promessa. *Estilos da Clínica*, 21(2), 264-281. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000200001
- Andipatin, M. G.; Naidoo, A. D.; Roomaney, R. (2019). The hegemonic role of biomedical discourses in the construction of pregnancy loss. *Women and Birth*, 32(6), e552-e559. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.006>

- Barlé, N.; Wortman, C. B.; Latack, J. A. (2017). Traumatic bereavement: Basic research and clinical implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 127-139. <https://doi.org/10.1037/int0000013>
- Baumann, I.; Künzel, J.; Goldeck, L.; Tutus, D.; Niemitz, M. (2020). Prolonged grief, posttraumatic stress, and depression among bereaved parents: Prevalence and response to an intervention program. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 84(3), 837-855. <https://doi.org/10.1177/0030222820918674>
- Berry, S. N. (2022). The trauma of perinatal loss: A scoping review. *Trauma Care*, 2(3), 392-407. <https://doi.org/10.3390/traumacare2030032>
- Braun, V.; Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V.; Clarke, V.; Rance, N. (2014). How to use thematic analysis with interview data. In: A. Vossler, N. Moller (Orgs.), *The counselling and psychotherapy research handbook* (p. 183-197). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781473909847.n13>
- Brum, S.; Câmara, L.; Sanzana, D. (2020). Do desprazer da realidade ao encontro com o trauma: Pensando em uma afirmação do desprazer. *Cadernos de Psicanálise (CPRJ)*, 42(42), 135-151. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952020000100009
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). In: M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, p. 87-109). APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Breves (BSI). In: M. R. Simões, C. Machado, L. S. Almeida, M. M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. 3, p. 127-140). Quarteto.
- Cassidy, P. R. (2021). The disenfranchisement of perinatal grief: How silence, silencing and self-censorship complicate bereavement (a mixed methods study). *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 88(2), 709-731. <https://doi.org/10.1177/00302228211050500>
- Côté-Arsenault, D.; Leerkes, E. M.; Zhou, N. (2020). Individual differences in maternal, marital, parenting and child outcomes following perinatal loss: A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1579897>
- Delalibera, M.; Delalibera, T. A.; Franco, M. H. P.; Barbosa, A.; Leal, I. (2017). Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado (PG-13). *Psicologia: Teoria e Prática*, 19(1), 94-106. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p94-106>
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3ª ed.). National Computers Systems.

- Diamond, R.; Chou, J. L.; Bonis, S. (2021). Invisible loss: A Delphi approach to develop a term for individuals who experienced perinatal loss. *Journal of Feminist Family Therapy*, 33(1), 81-100. <https://doi.org/10.1080/08952833.2020.1848055>
- Dias, E. O. (2006). Caráter temporal e os sentidos de trauma em Winnicott. *Winnicott e-Prints*, 1(2). https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2006000200001
- Eklund, M. V.; Prinds, C.; Mørk, S.; Damm, M.; Möller, S.; Hvidtjørn, D. (2022). Parents' religious/spiritual beliefs, practices, changes and needs after pregnancy or neonatal loss: A Danish cross-sectional study. *Death Studies*, 46(6), 1529-1539. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1821260>
- Emerson, A. (2020). 'Room of Gloom': Reconceptualising mothers of children with disabilities as experiencing trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 25(2), 124-140. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1658946>
- Erato, G.; Ciciolla, L.; Shreffler, K. M.; Greil, A. L. (2021). Changes in importance of motherhood following pregnancy loss. *Journal of Family Issues*, 43(3), 741-751. <https://doi.org/10.1177/0192513X21994138>
- Faria-Schützer, D. B.; Lavorato Neto, G.; Duarte, C. A. M.; Vieira, C. M.; Turato, E. R. (2014). Fica um grande vazio: Relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(2), 113-132. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n2p113>
- Ferenczi, S. (1931/1992). Análise de crianças com adultos. In: *Obras completas de Sándor Ferenczi* (vol. 4). Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1934/1992). Reflexões sobre o trauma. In: *Obras completas de Sándor Ferenczi* (vol. 4). Martins Fontes.
- Fortin, S.; Keitel, M. (2021). Nine months of labor: The psychosocial weight of a pregnancy after a gestational loss. *Illness, Crisis & Loss*, 30(4), 674-688. <https://doi.org/10.1177/10541373211007850>
- Freire, T. C. G.; Chatelard, D. S. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável?. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9(3), 1007-1022. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300012
- Fulgencio, L. (2004). A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Natureza Humana*, 6(2), 255-270. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302004000200003
- Gutiérrez-Peláez, M.; Herrera-Pardo, E. (2017). Ambiente, trauma e innovaciones técnicas: Tres articulaciones entre Donald W. Winnicott y Sándor Ferenczi. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 46(2), 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.12.001>
- Herzog, R.; Pacheco-Ferreira, F. (2015). Trauma e pulsão de morte em Ferenczi. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 18(2), 181-194. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982015000200002>

- Hutti, M. H.; Myers, J.; Hall, L. A.; Polivka, B. J.; White, S.; Hill, J.; Kloenne, E.; Hayden, J.; Grisanti, M. M. (2017). Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.016>
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: Clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614-623. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>
- Jordan, A.; Smith, P.; Rodham, K. (2018). Bittersweet: A qualitative exploration of mothers' experiences of raising a single surviving twin. *Psychology, Health & Medicine*, 23(8), 891-898. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1434215>
- Levandowski, D. C.; Frizzo, G. B.; Donelli, T. M.; Wendland, J.; Maia, G. N.; Vescovi, G. (2016). *Fatores de risco para sintomas psicofuncionais em bebês de mães jovens: Foco na idade, na saúde mental e no luto materno* [Projeto de pesquisa não publicado].
- Levitt, H. M.; Bamberg, M.; Creswell, J. W.; Frost, D. M.; Josselson, R.; Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA publications and communications board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26-46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>
- Meredith, P.; Wilson, T.; Branjerdporn, G.; Strong, J.; Desha, L. (2017). 'Not just a normal mum': A qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(6). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1200-9>
- Mergl, R.; Quaat, S. M.; Edeler, L.-M.; Allgaier, A.-K. (2022). Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: A systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2108578. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2108578>
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2012). *Resolução 466, de 12/12/2012 – Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2016). *Resolução 510, de 07/04/2016 – Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais envolvendo dados de participantes, informações identificáveis ou que acarretem riscos aumentados*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- Mota, Z. M. M.; Anjos, S. J. S. B.; Freitas, A. S. F.; Ferreira Júnior, A. R. (2019). O potencial transformador da gestação e do parto na vida das mulheres através de evidências qualitativas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33, e28286. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/28286>
- NUDIF (2008a). *Ficha de dados sociodemográficos* [Instrumento não publicado]. Instituto de Psicologia da UFRGS.

- NUDIF (2008b). *Entrevista sobre experiência da maternidade* [Instrumento não publicado]. Instituto de Psicologia da UFRGS.
- Oreg, A. (2020). The grief ritual of extracting and donating human milk after perinatal loss. *Social Science & Medicine*, 265, 113312. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113312>
- Rosa, B. I.; Silva, L. A. R. (2023). Os tempos do trauma e os traumas do nosso tempo: Um estudo teórico-clínico a partir de Freud, Ferenczi e Winnicott. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 30(1), 163-186. <https://revista.sppa.org.br/RPdaSPPA/article/view/1106>
- Silva, P. N. (2012). *Maternidade e relação mãe-bebê no contexto do luto materno* [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Unisinos. <https://repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/4387>
- Smith, L. K.; Dickens, J.; Bender Atik, R.; Bevan, C.; Fisher, J.; Hinton, L. (2020). Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and neonatal death: A UK qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(7), 868-874. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16113>
- Tavares, S. T. N. S.; Gonçalves, T. G.; Levandowski, D. C. (2023). Sobre(viver) entre partidas e chegadas: Investimento em nova gestação após perda gestacional. *Revista Subjetividades*, 23(2), e12756. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v23i2.e12756>
- Tenório, P. J.; Avelar, T. C.; Barros, E. N. (2019). Gravidez molar: Do sonho ao luto. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, 39(97), 193-206. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200005
- Tseng, Y.-F.; Cheng, H.-R.; Chen, Y.-P.; Yang, S.-F.; Cheng, P.-T. (2017). Grief reactions of couples to perinatal loss: A one-year prospective follow-up. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 5133-5142. <https://doi.org/10.1111/jocn.14059>
- Vescovi, G.; Esswein, G. C.; Levandowski, D. C. (2017). *Questionário sobre vivências de perdas* [Instrumento não publicado]. NEEDS/UFCSPA.
- Visintin, C. D. N.; Inacarato, G. M. F.; Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2020). Imaginários de mulheres que sofreram perda gestacional. *Estilos da Clínica*, 25(2), 193-209. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v25i2p193-209>
- Winnicott, D. W. (1965/2018). *A família e o desenvolvimento individual* (trad. M. B. Cipolla). Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1986/2021). *Tudo começa em casa*. Ubu.
- Winnicott, D. W. (1989/1994). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: *Explorações psicanalíticas*. Artes Médicas.
- Wonch Hill, P.; Cacciatore, J.; Shreffler, K. M.; Pritchard, K. M. (2017). The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem. *Death Studies*, 41(4), 226-235. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1261204>
- Yin, R. K. (2016). *Qualitative research from start to finish* (2ª ed.). Guilford.

Zanatta, E.; Pereira, C. R. R.; Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: As mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), e1113. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005

Disponibilidade de dados

Os dados que sustentam os resultados deste estudo estão disponíveis mediante solicitação à autora correspondente Gabriela Nunes Maia (gabnunesmaia@gmail.com), devido à natureza sigilosa e sensível dos dados.

Contribuição de cada autora para o artigo

Gabriela Nunes Maia: Método, coleta, análise e interpretação dos dados, discussão, redação do manuscrito.

Luiza Guazzelli Costa Rodrigues: Análise e interpretação dos dados, discussão, redação do manuscrito.

Daniela Centenaro Levandowski: Método, interpretação dos dados, supervisão da redação e revisão do texto.

Para a realização deste trabalho, as autoras tiveram apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do qual a terceira autora é bolsista de produtividade em pesquisa, e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

As autoras declaram não haver qualquer conflito de interesses na realização e publicação deste trabalho.

Editora de seção

Jaqueline Moraes.

Editora-chefe

Jaqueline de Carvalho Rodrigues.

Recebido: 16 de dezembro de 2022

Aceito: 27 de janeiro de 2025