

**O LUTO MATERNO PELO BEBÊ NATIMORTO**

**Vitória Borges Trindade<sup>1</sup>**

**Orientador: Prof. Ms. Fernando Figueiredo dos Santos e Reis<sup>2</sup>**

**Centro Universitário UniEVANGÉLICA**

**Nota dos autores**

**1.** Graduanda no Curso de Bacharelado em Psicologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Email: vitoriaborges\_@hotmail.com

**2.** Psicólogo, mestre em Psicologia Social e do Trabalho pela Universidade de São Paulo (USP), professor/orientador do Curso de Bacharelado em Psicologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Email: reisffs@gmail.com

### Resumo

Este trabalho tem como objetivo apresentar algumas implicações que a vivência do luto materno perinatal pode gerar nas mulheres do ponto de vista da psicanálise, com objetivo de descrever e analisar Protocolos Hospitalares para Óbitos Fetais e Procedimentos Operacionais Padrão neste contexto, bem como discorrer sobre as especificidades do processo de luto materno pelo bebê natimorto. A perda fetal é um luto complexo de ser enfrentado, pois a família está esperando que comece uma nova vida e não que o objeto de amor idealizado e aguardado faleça antes de se tornar um objeto real, assim, levando a uma perda real, num momento não ideal, que posteriormente pede uma direção do desejo e de seu destino.

**Palavras-Chave:** óbito fetal; luto; maternidade; psicanálise.

### Abstract

This paper aims to present some implications that the experience of perinatal maternal grief can generate in women from the point of view of psychoanalysis, in order to describe and analyze Hospital Protocols for Fetal Deaths and Standard Operating Procedures in this context, as well as to discuss the specificities of the process of maternal mourning for the stillborn baby. Fetal loss is a complex mourning to be faced, as the family is waiting for a new life to begin and not the loss of an idealized, long-awaited love object. Therefore, leading to a real loss at a non-ideal moment, which subsequently calls for a Direction of desire and its destiny.

**Keywords:** fetal death; mourning; maternity; psychoanalysis.

## Introdução

Quando uma família faz o planejamento de uma gestação espera-se que ela siga uma ordem natural e que, posteriormente, seja realizado o parto de um bebê com vida. Entretanto, em alguns casos, ocorre o óbito fetal, isto é, quando a morte ocorre antes da expulsão ou da extração completa do feto pelo corpo materno. Souza e Muza (2011) apresenta que, neste caso, o psiquismo feminino entra em um processo de luto simbólico pela perda do bebê, e as expectativas e planejamentos que foram idealizados pelo casal, para o nascimento da criança, são interrompidos. Sabe-se que, geralmente, a gravidez exige que as mulheres entrem em um processo de adaptação para as futuras mudanças físicas (corporais, hormonais e/ou metabólicas) e psicológicas, tais como a aceitação da realidade da gravidez, a mudança da imagem corporal, a simbolização do bebê e o desenvolvimento do vínculo afetivo, dentre outros aspectos (Farias & Villwock, 2010).

Lemos e Cunha (2015) complementa ressaltando que, considerando essas questões, a perda gestacional se torna um fato com uma grande carga de complexidade, trazendo a importância de investigar como isso irá afetar a mulher. Essa investigação deve ter como base o entendimento dos conceitos de perda e luto, os quais serão de suma importância para auxiliar nas práticas assistenciais de atenção à saúde física e emocional dessa mulher e sua família.

Segundo a definição do *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* (Ministério da Saúde, 2009, p.22 e 25) para natimorto ou óbito fetal: “óbito intraútero, ocorrido a partir da vigésima segunda semana completa de gestação, ou com peso igual ou superior a 500g, até o momento do parto; indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária”. Quando ocorre um óbito fetal antes da 22ª semana de gestação considera-se um aborto espontâneo, que também provavelmente resultará em danos psíquicos aos pais. Fretts (2005) diz que se encontram

diversos fatores relacionados durante a gestação que podem levar a ocorrer o óbito fetal, incluindo doenças maternas, malformações fetais, infecções adquiridas na gestação e alterações placentárias ou no desenvolvimento fetal.

Para Freitas (2000) o luto é compreendido como todo processo psíquico provocado pela perda de um objeto, isto é, um comportamento comum após a ruptura da relação que se mantinha com o objeto ao qual o sujeito dava grande investimento afetivo. Desse modo, enlutar-se é um processo delicado e doloroso de alteração de representação, que todos experienciam em alguma fase da vida, que acarreta um processo dinâmico no qual o sujeito abandona esquemas e aprende outros, para estabelecer um novo tipo de vínculo após a morte. Bowlby (1989) interpreta o luto como um aspecto negativo do vínculo e uma resposta à separação. Assim, analisa-o como a perda do vínculo, pautado no pressuposto de que a “propensão para estabelecer laços emocionais com pessoas especiais é básica da natureza humana e permanece durante todo o ciclo vital” (Freitas, 2000, p.31). Com base neste ponto de vista, Bowlby (1989) fala sobre o “luto saudável”, considerando-o como uma aceitação da modificação do mundo externo, ligada à perda definitiva do outro, provocando uma modificação do mundo interno e representacional com uma nova reorganização dos vínculos que permaneceram.

De acordo com Freitas (2000), existe o denominado luto normal, no qual o abalo gerado pela perda pode ser minimizado em um breve espaço de tempo, pela formação de novos vínculos substitutivos, de investimentos produtivos em novas atividades e da aceitação do apoio social. Já no luto patológico, o vínculo continua intenso com uma pessoa que não está mais viva, não permitindo à mãe enlutada a revigoração necessária para a sua conservação, abrindo campo para reações como negação, ambivalência, distorção, permanência no passado, que levam ao desequilíbrio pessoal e a patologias. Para Freud (1915/1996), a perda de um objeto amoroso instala uma oportunidade para que a ambiguidade nas relações amorosas se faça efetiva e manifeste. O conflito devido à ambivalência empresta um cunho patológico ao luto, principalmente quando há disposição para a neurose obsessiva, forçando-o a expressar-se sob forma de autorrecriminação, ou seja, a própria pessoa enlutada se culpa pela perda do objeto desejado e amado.

Bartilotti (2007) completando o que Duarte e Turato (2009) refere sobre a elaboração de luto, aponta que, o luto perinatal desmonta o que a mulher construiu até aquele momento sobre o papel feminino, passando a ser acompanhado por um forte sentimento de incapacidade, gerando traumas para sua autoestima, capacidade maternal

e feminilidade. Compreende-se que o “bebê morto” também é “mãe morta”, já que o papel de mãe e a identidade materna construídos lentamente com a gestação são, de modo repentino, interrompidos. Dessa forma, a prevista criação de um forte vínculo afetivo entre mãe e filho, ou as lembranças de convívio mútuo, se tornam indisponíveis de permanecerem para o mundo real, tal como todas as outras fantasias em relação ao bebê perdido. Com a inexistência de recordação para o futuro, a ausência do bebê é profundamente sentida, ao mesmo tempo que no lugar do bebê perdido surgem símbolos representativos no psiquismo da mãe, adequando-se àquela realidade doída devido a morte real do seu filho.

Neste aspecto, Cremasco, Schinemann e Pimenta (2015) diz que o lugar que o filho ocupa na vida da mãe vai determinar a reação à sua morte e é isso que faz com que todo processo de luto seja singular. Freud (1916/1996) diz que, na proporção em que o sujeito retira sua libido do objeto perdido, passa por um processo chamado "identificação narcísica", que faz com que o objeto se estabeleça no ego, projetando-se sobre o ego. Cremasco, Schinemann e Pimenta (2015) diz que, além da dor materna ao perder o filho e das dificuldades em lidar com o processo de luto visando uma futura reestruturação psíquica, é bastante comum observar a desestruturação das famílias perante a perda de um filho, especialmente na relação marido e esposa.

Quando fala do luto por natimorto, Bowlby (2006), afirma que é possível considerar a perda por natimortos como um item de risco para elaboração do luto, uma vez que são perdas inesperadas e que na maior parte dos casos traz pouca informação sobre a causa da morte e ausência de rituais. Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli (2013) citando (Freud, 1976; Iaconelli, 2007; Klein, 1996) fala sobre a importância de proporcionar o encontro e a comunicação entre os familiares e o bebê. Este ato permite o teste de realidade, incentivando os familiares a lidarem com o bebê real e a enxergar o lugar psíquico que este ocupava. Esse processo de contato com a criança quando os pais desejam, permite desconstruir o investimento subjetivo que foi feito no bebê, assim, possibilitando que seja reconhecido o lugar do bebê falecido para que haja condições de elaboração da perda.

A discussão gerada é a seguinte: a mãe que não possui um descendente vivo não é considerada uma mãe legítima, apesar de ter vivenciado a experiência da maternidade durante sua gestação. A deslegitimação de seu papel ao ter um descendente que nasce morto insere-a no papel de uma mãe não mãe. Como isso é, então, vivenciado por essas mulheres? Lima e Fortim (2015) citando (Freire, 2012; Carneiro, 2006; Carvalho &

Meyer, 2007; Duarte & Turato, 2009) dizem que o sentimento de culpa, medo, incompreensão, tristeza, raiva e vergonha são muito observados, além de sentimentos de desfuncionalidade do próprio corpo, baixa autoestima e fracasso em cumprir o papel de esposa e mãe.

Freud (2009) diz que, diante da morte, as pessoas adotam comportamentos peculiares, como uma extrema admiração pelo ente perdido e grande consideração acima da verdade e da lógica, para alguns, acima até mesmo do sentimento para com os vivos. Esse impacto que a perda gera nos enlutados é complementado pelo total colapso quando a morte fere uma pessoa a quem se é muito chegada ou, no caso de perda gestacional, que a mãe e os familiares não criaram laços reais (com o bebê), tornando o processo de luto mais árduo. Freud (2009) relata ainda que, o enlutado enterra com ele suas esperanças, aspirações e gozos, não quer consolar-se e recusa-se a toda substituição do ente perdido. Tal comportamento frente à morte cumpre uma poderosa influência na vida do enlutado, a vida empobrece, perde-se o interesse e torna-se tão insípida e vazia.

Para entender como o processo do luto ocorre, Kubler-Ross (1996) descreve o luto em cinco estágios, sendo esta divisão a mais utilizada na área da saúde: o primeiro é o da negação; o segundo da raiva; o terceiro da barganha; o quarto da depressão e o último é o da aceitação. A negação, que é o primeiro estágio, funciona como um para-choque após notícias inesperadas e chocantes, encarregando ao tempo a recuperação do enlutado. É uma defesa temporária ao estado de choque, do qual gradativamente os familiares vão se recuperando. No segundo estágio, da raiva, a negação é substituída por sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento. O enlutado quando está nesta fase, queixa-se de tudo, entretanto, o alívio procedente da exteriorização desse sentimento contribuirá para melhor aceitação do luto. A barganha, presente no terceiro estágio, é uma tentativa do enlutado de acordar os seus medos diante da perda, com figuras que, de acordo com suas crenças, têm poder para interceder nessa situação de morte. No quarto estágio, a depressão divide-se em preparatória e reativa. Na preparatória, surgem outras perdas (de emprego, de dinheiro etc.) decorrentes da perda por morte; e na reativa, o momento da aceitação já está mais próximo e os familiares em fase de luto passam a repensar suas vidas. Já no último estágio, de aceitação, as pessoas tendem a ficar mais calmas e conseguem expressar melhor seus sentimentos, emoções e frustrações.

As fases do luto não necessariamente são vivenciadas na ordem descrita acima. Entretanto, o esclarecimento acerca da forma que cada uma aparece e o reconhecimento desses estágios facilitam o apoio que deve ser prestado aos familiares ao longo do

processo de reestabelecimento. Os enlutados necessitam de atenção e acompanhamento psicológico, principalmente no primeiro momento da notícia, quando o choque é grande e eles precisam de ajuda para entender a perda e, posteriormente, aceitar o luto.

Nazaré et al. (2010) também apresentam e abordam um conjunto de reações subsequentes em uma perda, dividindo-os em quatro categorias: a primeira compreende as manifestações emocionais – como sentimento de tristeza, culpa, raiva, solidão, irritabilidade, vazio, ansiedade, choque, desespero, desamparo, desilusão, desesperança, inadequação e fracasso; a segunda, as manifestações cognitivas – ligados a pensamentos de baixa autoestima e confusão, além de dificuldades de concentração, falta de memória e dificuldade no raciocínio, que traduzem a preocupação com o bebê e forma os sintomas mais referidos; a terceira, as manifestações comportamentais – que constituem em agitação, fadiga, choro, isolamento e a tendência para procurar ou, opostamente, evitar estímulos associados ao bebê; e por fim, a quarta abrange as manifestações fisiológicas – como aperto no peito, nó na garganta, dificuldade em respirar, palpitações, tensão muscular, náuseas, dormência, falta de energia, insônia e pesadelos. As autoras pontuam que estes diferentes sintomas são mais intensos nos primeiros meses após o óbito e desenvolvem-se de maneira subjetiva.

Nessa discussão de como o luto saudável pode permear por diversas fases, ainda deve ser levado em conta que, em grande parte dos casos, a perda do bebê por óbito fetal precisa que a mulher passe por um período de internação, que é um momento muito delicado e doloroso, já que a mãe enlutada se encontra em um ambiente hospitalar, frequentemente, rodeada por gestantes, puérperas e bebês recém-nascidos. Mulheres nestas condições ficam ainda mais fragilizadas emocionalmente e fisicamente e, por isso, precisam do acolhimento, atenção e suporte de toda rede de apoio de amigos e familiares que possuem, incluindo os profissionais de saúde da instituição (Nazaré et al., 2010).

Completando as autoras acima, Lemos e Cunha (2015) ressalta que, cabe à equipe multiprofissional de saúde, inserida neste contexto hospitalar, a oferta de uma assistência adequada, humanizada e holística às mulheres com diagnóstico de óbito fetal. Além da assistência médica, deve-se oferecer um suporte emocional adequado que favoreça o enfrentamento diante desse momento tão difícil, principalmente a disponibilização de psicólogos perinatais para o devido suporte familiar (Santos et al., 2012). Desse modo, tal assistência deve-se pautar, de preferência, na compreensão e reconhecimento dos aspectos cognitivos e emocionais envolvidos na situação de perda gestacional, os quais são vivenciados de forma singular por cada mulher, casal e familiares.

### Procedimentos e Discussão

Para que haja um melhor enfrentamento e uma possível elaboração de luto saudável diante de uma perda gestacional, Iaconelli (2007), ao discorrer sobre o luto perinatal, mostra a importância que os procedimentos ritualísticos têm na elaboração desse luto, porém, que nem sempre o desejo dos pais de realizarem algum ritual de despedida é levado em consideração. Tais rituais fazem parte do modo como nossa sociedade lida com a morte e demais perdas e, quando não acontecem, deixam um vazio simbólico que dificulta o processo de elaboração saudável do luto. As diferenças no tratamento dos casos revelam uma impossibilidade de atribuir à morte de um bebê (pré ou pós-termo) o *status* de morte de um filho. Este trabalho não pretende avaliar qual procedimento é mais recomendável para a ocasião, mas sim elencar os elementos fundamentais do processo de luto e perceber o que é possível de ser ofertado pela equipe hospitalar que atende à mãe e à família neste momento tão difícil, no sentido de garantir suporte à saúde emocional de todos os envolvidos.

Tendo isto em consideração, foi realizada uma pesquisa no site de busca Google com os seguintes descritores: *Protocolos Hospitalares para Óbitos Fetais e Procedimentos Operacionais Padrão em Óbitos Fetais*, com o objetivo de fazer uma análise investigativa dos protocolos e procedimentos operacionais padrão. Estes documentos foram sugeridos na primeira página do site e todos os protocolos abertos estavam em PDF. Notou-se, imediatamente, que todos os primeiros documentos que apareceram eram de hospitais universitários e que sua maioria foi escrito por profissionais da área de enfermagem. Este dado não é irrelevante, visto que os hospitais universitários estão, por sua essência, próximos a produção de conhecimentos e práticas modernas no campo da saúde. Apesar de ter sido uma pesquisa superficial aos documentos, com intuito único de exemplificação, foi perceptível que a atenção ao luto da mãe pelo bebê natimorto é algo novo na lógica institucional dos hospitais e só entra como uma rotina estabelecida em pouquíssimos estabelecimentos. Foram selecionados cinco protocolos dos seguintes hospitais: UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro; UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina; UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro; UFMT - Universidade Federal do Mato Grosso; FMRP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Dentre os protocolos analisados, o único exclusivo para óbito fetal é o da Universidade de Santa Catarina, cujo nome é Assistência Multiprofissional no Óbito Fetal. Os outros quatro protocolos, dos seguintes hospitais universitários: do Triângulo Mineiro, do Rio de Janeiro, do Mato Grosso e de Ribeirão Preto, nomeados, respectivamente, como Cuidado do Corpo Pós-Morte, Comissão de Óbito, Normas e Rotinas, e Procedimentos Operacionais em Óbitos, abordam o óbito no contexto geral e são redigidos pelas suas respectivas equipes de enfermagem, que realizam uma descrição sucinta, técnica e não humanizada dos processos realizados, visto que a importância da equipe de psicologia não foi ressaltada em nenhum dos protocolos, nem ao menos para o acolhimento ou suporte da notícia. Mesmo que escritos a partir de diferentes abordagens, todos seguem uma ordem inteligível e têm o mesmo objetivo final. As informações encontradas em um Procedimento Operacional Padrão de Óbito são: a constatação do óbito, os materiais/equipamentos que serão utilizados e a descrição técnica do processo.

Pautando-se pelos elementos fundamentais para o processo de elaboração do luto, elencou-se as seguintes categorias pelas quais os protocolos foram estudados e comparados, que são: 1) constatação do óbito pelo médico para iniciar os procedimentos de cuidados e de encaminhamento do corpo; 2) receber o alerta na notificação de natimorto e certificar-se da ciência dos familiares ou comunicá-los para orientação sobre os procedimentos; 3) oferecer acolhimento e apoio às mulheres e familiares após a notícia do óbito fetal; 4) identificação do corpo: feto morto de (nome completo e registro geral hospitalar da mãe), data e horário da retirada/extração do feto morto, pesos do feto e da placenta, unidade de internação, nome de quem realizou os cuidados, identificação; 5) Declaração de Óbito que deve ser confirmada pelo preenchimento da Declaração de Óbito pelo Médico Docente, Assistente ou Residente desde o R1. As Declarações de Óbitos são documentos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, com controle semanal de remessa e recolhimento, sendo em três vias: Via branca, devolvida à Secretária Municipal de Saúde; Via amarela, entregue aos familiares para registro do óbito em cartório; Via vermelha, retida na instituição onde ocorreu o óbito.

O Procedimento Operacional Padrão (POP) do hospital universitário de Santa Catarina é o único dos cinco protocolos analisados que, na sua escrita, participou uma equipe multiprofissional que trabalha dentro da maternidade do hospital, englobando, médicos, enfermeiros, psicólogos e assistência social. Eles descrevem o objetivo do POP, como a padronização da conduta da assistência à mulher e familiares após a confirmação de perda gestacional. Em seguida, confirmam o diagnóstico de óbito fetal, descrevem os

materiais necessários para realizar a cirurgia e, com riqueza de detalhes, todas as etapas de procedimentos a serem seguidas, por todos os profissionais envolvidos. Após o óbito, a primeira etapa descrita no material é a oferta do acolhimento e apoio à mãe e aos familiares, devendo-se oferecer um espaço para expressão de sentimentos e possibilitar um tempo de contato com a notícia para que posteriormente siga com as demais informações. Em seguida, é realizada a rotina médica, a rotina da enfermagem e a rotina da psicologia, que consiste em: a) avaliar e monitorar a condição emocional/psíquica da mulher; b) estimular e reforçar a utilização das estratégias de enfrentamento saudáveis; c) estimular a realização do ritual de despedida de acordo com as crenças, valores e história pessoal e familiar; d) oferecer apoio psicológico; e) identificar a rede de apoio da mulher; f) garantir à família um espaço de expressão de sentimentos para que o processo de luto possa ser elaborado e evoluir favoravelmente.

Os documentos do estudo não são de uso exclusivo da psicologia e apontam para uma intervenção multiprofissional, sendo importante ressaltar, conforme Lemos e Cunha (2015) que, define-se como uma assistência humanizada ter um profissional de saúde atento e disponível para ouvir este tipo de relato, carregado de medo e insegurança quanto a possibilidade de conseguir gerar uma vida. A assistência humanizada no contexto da perda gestacional não se preocupa somente com a dor física subsequente do procedimento médico realizado, mas se faz presente oferecendo escuta e acolhendo também a dor psicológica, o que é fundamental para a elaboração do luto.

Conforme o Art. 1º do Projeto de Lei nº 3649/2019, pela Deputada Carmen Zanotto (Cidadania, SC), tornou-se obrigatório em hospitais públicos e privados a instituição de procedimentos relacionados à humanização do luto materno, bem como de protocolos visando à formação, o autocuidado e a atualização dos profissionais de saúde, corroborando o presente estudo. O Art. 2º do mesmo projeto, parágrafos I, II, V, VI, IX, XI, compreende que, nos casos de parturientes de fetos natimortos: os protocolos devem ser aplicados, garantindo respostas pragmáticas e humanas; deve ser ofertado acompanhamento psicológico à gestante e ao pai, desde o momento do diagnóstico, durante a internação hospitalar e também no pós-operatório; sua acomodação idealmente não seja na ala de maternidade, a fim de não forçá-la ao desconforto de observar outras mães com seus filhos vivos no colo; é garantida a oportunidade para despedir-se do feto natimorto; é atribuído direito aos pais em obter o registro de nascimento com o nome e sobrenome escolhido pelos mesmos, carimbo da mão e do pé, possibilitando, portanto, que o psíquico reconheça a existência, ainda que breve, daquela vida, contribuindo na

evolução do processo de luto; além de deliberá-los autonomia nas decisões acerca do sepultamento.

Aprofundando um pouco mais sobre a ocorrência de um período variável de internação, Carvalho e Meyer, (2007) fala que, neste momento pode surgir em algumas mulheres a desvalorização da autoimagem, pela ideia de que seu corpo não foi capaz de funcionar adequadamente para gerar um bebê, ou pela crença de que não foi capaz de executar o papel biológico que toda mulher possui. Tal depreciação atrela-se, dentre outros indícios, à comparação com outras pacientes da enfermaria ou com amigas gestantes, logo, se faz evidente a importância de existirem documentos específicos para óbitos fetais que sejam seguidos de maneira geral pelos hospitais, para que existam menos danos psicológicos em uma circunstância tão delicada.

Sendo assim, os protocolos hospitalares analisados abarcam aspectos técnicos desde a constatação da morte, os registros e documentações necessárias, até os procedimentos que devem ser feitos com o cadáver. Embora relevante, essa série de procedimentos pode ser bastante fria e tecnicista ou pode ser humanizada, de forma que inclua a mãe (e a família) e também a sua dor, oferecendo um profissional para acolhimento e apoio aos envolvidos após a notícia, garantindo um espaço para a expressão das emoções e dos sentimentos de todos. É imprescindível reconhecer e valorizar a dor e o sofrimento vivenciados neste momento crítico, além de disponibilizar tempo de contato com a notícia do óbito fetal para, posteriormente, seguir com as demais informações e intervenções, sempre identificando se há rede de apoio e acioná-la conforme desejo dos familiares.

Por fim, quanto às medidas para sensibilização ao luto parental pelos profissionais da saúde e sociedade em geral, abordadas pelo Art. 3º do PL nº 3649/2019, tem-se, principalmente, a confecção de materiais informativos e de orientação sobre luto, bem como sua distribuição gratuita à sociedade e aos profissionais da área da saúde; estabelecimento de parcerias entre o Estado e instituições terciárias para produção e oferta de fóruns, jornadas, palestras ou capacitação de profissionais de saúde para acolhimento aos pais enlutados, ainda a nível hospitalar, visando tanto atualizar e orientar sobre os comportamentos e procedimentos, quanto ao tratamento com as mães que perderam filhos (comunicação de más notícias) e orientações a respeito de grupos de apoio. Soma-se a tais avanços, conforme excepcionalmente mencionado no Art. 3º parágrafo X, a possibilidade da “criação de rede de acolhimento de pais no SUS, com supervisão de psicólogos especialistas em luto e distribuição de materiais de orientação e informativos

sobre luto”, bem como a elaboração de cartilhas sobre a humanização ao luto parental, que serão entregues junto à documentação hospitalar no ato da alta. Construindo, conseqüentemente, uma rede de apoio integral e humanizada para a família enlutada.

### **Considerações Finais**

No presente artigo, uma discussão teórica foi realizada com relação ao luto materno pelo bebê natimorto. Entendendo o luto como todo processo psíquico provocado pela ruptura da relação que se mantinha com o objeto ao qual o sujeito dava grande investimento afetivo, no caso do luto materno, tal processo é ainda mais complexo, pois a morte de um filho é muito penosa, principalmente na ausência de convivência extrauterina. É inevitável que, quando se deseja algo, e se deseja por uma ligação afetiva, é idealizado um futuro que modifica a vida dos envolvidos, ainda que, inicialmente, num aspecto imaginário.

É de extrema importância que a mulher que teve uma perda gestacional, seja vista, social e legitimamente, como mãe, pois vivenciou a experiência da maternidade durante sua gestação, passando por todas as mudanças físicas e psicológicas e desenvolveu vínculo afetivo. A equipe de saúde que estiver atenta a essa questão torna-se capaz de atender adequadamente à demanda emocional de tais mulheres e assim possibilitar-lhes uma elaboração adequada do luto pela perda do bebê. Ademais, propiciam a abertura de espaços adequados para essas mulheres expressarem seus sentimentos dolorosos, seja mediante atendimento no próprio local onde haja profissionais de saúde capacitados, seja por meio de encaminhamento para serviços que tenham seguimentos psicológicos ou psicossociais.

Conforme discutido ao longo do trabalho, os profissionais que atendem mães nestas condições devem acolher e proceder, de forma humanizada, compreendendo que estão passando por um momento de muita angústia e dor, devendo possibilitar a elas espaço para expressão dos sentimentos, e, acima disso, aceitar que o bebê existiu e ainda existirá na vida e na memória desta mãe – validando, então, sua maternidade.

Por fim, faz-se necessário destacar que o trabalho do psicólogo com a equipe de saúde também é importante, visto que no decorrer das atividades muitos profissionais acabam banalizando os procedimentos e rotinas. Auxiliá-los a desenvolver um olhar

empático e humano é de grande valia a todos os integrantes da equipe e acolhê-los também em momentos de fragilidade faz parte do processo de humanização dentro do hospital.

Considera-se importante que haja novas pesquisas abordando o assunto, pois durante a construção do presente artigo percebeu uma falha em relação a estudos específicos sobre o tema em questão, o aprofundamento nas questões levantadas pode contribuir para prevenções de problemas comportamentais relacionadas ao assunto abordado.

### Referências

Barbosa, L. B. M., Stacciarini, T. S. G., & Engel, R. H. (2017). Cuidados e Encaminhamento do Corpo Após o Óbito. UFTM- Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Bowlby, J. (1989). Uma base segura. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Bowlby, J. (2006). Formação e rompimento dos laços afetivos (4ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Carvalho, F. T., & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e a conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, 57(126), 33-48.

Cremaço, M. V. F., Schinemann, D., & Pimenta, S. O. (2015). Mães que perderam filhos: uma leitura psicanalítica do filme rabbit hole: Uma revisão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.35, n.1, Brasília.

Chaves, S., Paz, A., & Novelho, E. (2014). Cuidado do Corpo Pós-Morte. UERJ- Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante de uma perda fetal: Uma revisão. *Psicologia em Estudo*, v. 14, n. 3, p. 485-490, jul/set, Maringá.

Duarte, C. A. M., Neto, G. L., Schutzer, D. B. F., Turato, E. R. & Vieira, C. M. (2014). Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação: Uma revisão. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v.5, n.2, Londrina.

Dutra, L.S., Mendes, L., Nickel, L., Medeiros, M. S., Barcelos, M., Palacios, L., & Custodio, Z. (2016). Assistência Multiprofissional no Óbito Fetal. UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina.

Farias, L. N., & Villwock, C. (2010). Luto na maternidade: a perda real. Guaíba, RS: Universidade Luterana do Brasil.

Freitas, N. K. (2000). Luto Materno e a Psicoterapia Breve. Summus: São Paulo.

Freud, Sigmund. Escritos sobre a guerra e a morte. Covilhã: Luzosofia, 2009.

Freud, Sigmund (1996). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 325-350). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916).

Freud, Sigmund (1996). Luto e melancolia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, volume XIV. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1915])

Fretts, R. C. (2005). Etiology and prevetions of stillbirth. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 193, 1923-35.

Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v.10, n.4. São Paulo.

Kübler-Ross, E. (1996). Sobre a morte e o morrer: o que doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. (7a ed.) São Paulo, SP: Martins Fontes

Lemos, L.F.S., & Cunha, A.C.B. (2015). Concepção Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. Psicologia: Ciência e Profissão. 35(4). 1120-1138.

Lima, S., & Fortim, I. (2015). A escrita como recurso terapêutico no luto materno de natimorto. Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental, v.18, n.4. São Paulo.

Ministério da Saúde (2009). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (2ª ed.). Brasília, DF.

Muza, J.C., Sousa, E.N., Arrais, A.R., & Iaconelli, V., (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3).

Nazaré, B.; Fonseca, A.; Pedrosa, A. A. & Canavarro, M. C. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Perita – Revista Portuguesa de Psicologia*, (3), 37-46

Oliveira, J. C., Campo, L. R., & Ribeiro, C. C. (2012). Comissão de Óbito do Hospital Universitário Júlio Muller. UFMT- Universidade Federal do Mato Grosso.

Santos, C. S., Marques, J. F., Carvalho, F. H. C., Fernandes, A. F. C., Henriques, A. C. P. T., Moreira, K. A. P. (2012). Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. *Escola Anna Nery*. 16(2), 277-284.

2012. Óbitos. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. FMRP- Faculdade de medicina de Ribeirão Preto.