



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



SINDY NATHIELLY DE PAULA MACEDO

**LUTO MATERNO: A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR DIANTE O
PROCESSO DE PERDA GESTACIONAL**

PARANAÍBA

2023

SINDY NATHIELLY DE PAULA MACEDO

**LUTO MATERNO: A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR DIANTE O
PROCESSO DE PERDA GESTACIONAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Campus de Paranaíba/MS, como requisito parcial para a conclusão do Estágio Básico em Psicologia II, do curso de bacharelado em Psicologia. Orientadora: Profa. Dra. Silvia Maria Bonassi.

PARANAÍBA

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

CAMPUS DE PARANAÍBA - CPAR

CURSO DE PSICOLOGIA

SINDY NATHIELLY DE PAULA MACEDO

**LUTO MATERNO: A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR DIANTE O
PROCESSO DE PERDA GESTACIONAL**

COMISSÃO EXAMINADORA:

PARECER: APROVADO

Prof. Dra. Silvia Maria Bonassi

Universidade Federal De Mato Grosso Do Sul - UFMS/CPAR

Orientadora

Psicóloga. Ma. Mayara Karolina Alvarenga Recaldes Gomes

Universidade Federal De Mato Grosso Do Sul - UFMS/CPAR

Examinadora

Psicóloga Esp. Jackeline Domingues Medeiros Pereira/ Psicóloga Perinatal e Parental.
Associação de Amparo a Maternidade e à infância - Maternidade Cândido Mariano - Campo

Grande MS

Examinadora

PARANAÍBA

2023



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

**ATA DE AVALIAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II****CURSO: PSICOLOGIA – BACHARELADO – CPAR/UFMS**

A acadêmica **SINDY NATHIELLY DE PAULA MACEDO**, RGA: 2020.0903.011-4, apresentou trabalho avaliativo da disciplina **Trabalho de Conclusão de Curso II**, com o título **"Luto Materno: A Atuação do Psicólogo Hospitalar Diante Processo de Perda Gestacional"** sob a orientação da Profa. Dra. **Sílvia Maria Bonassi**, SIAPE: 2511690, como exigência para a conclusão do Curso de Psicologia - Bacharelado.

Conceito obtido: APR

Professora Orientadora: Dra. Sílvia Maria Bonassi

Paranaíba, MS, 8 de novembro de 2023.

Dra. Sílvia Maria Bonassi/UFMS/CPAR
Orientadora

Ma. Mayara Karolina Alvarenga Recaldes Gomes /UFMS/CPAR
Membra

Esp. Jackeline Domingues Medeiros Pereira/ Psicóloga Perinatal e Parental
Associação de Amparo a Maternidade e à Infância - Maternidade Cândido Mariano – Campo Grande MS
Membra

Observação: Efetuar adequações do texto conforme orientação e relatório da banca.

Conceito de Avaliação: APROVADO

APR – Aprovado

COND – Aprovação condicionada à reformulação

REP – Reprovado

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Sílvia Maria Bonassi**, Professora do Magistério Superior, em
08/11/2023, às 21:20, conforme horário oficial de Mato



Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do
[Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **JACKELINE DOMINGUES MEDEIROS PEREIRA**, Usuário Externo, em 09/11/2023, às 08:24, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Mayara Karolina Alvarenga Recaldes Gomes**, Psicólogo-area, em 09/11/2023, às 09:35, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4445957** e o código CRC **148B8431**.

CÂMPUS DE PARANAÍBA

Av. Pedro Pedrossian, 725 - Bairro Universitário

Fone: (67)3669-0105

CEP 79500-000 - Paranaíba - MS

Referência: Processo nº 23456.000461/2021-62

SEI nº 4445957



RESUMO

A gravidez envolve uma reorganização psíquica para construir o vínculo mãe-bebê, e a interrupção súbita desse processo requer um trabalho de elaboração específico. Este estudo teve como objetivo investigar a atuação do psicólogo no acolhimento ao luto de mulheres que perdem seus filhos durante o período perinatal, descrever a rede de assistência psicológica a saúde da gestante e suas implicações, e analisar a política de humanização na obstetrícia, considerando o planejamento e assistência do parto, e suas repercussões no luto perinatal. Lidar com a morte fetal atinge todos os envolvidos, incluindo familiares e profissionais de saúde. O luto de uma mãe é um processo demorado, e no caso do luto perinatal, pode ser ainda mais prolongado, pois conforme referencial psicanalítico, a mãe só terá fantasias e sonhos sobre o que gostaria de ter vivido com o filho, estes que foram interrompidos pela perda. Desse modo, o presente estudo consistiu em uma revisão bibliográfica narrativa, tendo como principal resultado, a ratificação de que o psicólogo hospitalar se faz necessário ao proporcionar a essa mulher-mãe enlutada, um espaço para escuta, expressão e compreensão dos seus sentimentos e de sua dor sentida, para que assim consiga elaborar e ressignificar o luto pelo filho perdido.

Palavras-chave: perda gestacional, morte do filho durante o puerpério, morte fetal, luto perinatal, psicologia e saúde, psicanálise.

ABSTRACT

Pregnancy involves a psychic reorganization to build the mother-baby bond, and the sudden interruption of this process requires specific elaboration work. This study aimed to investigate the psychologist's role in supporting the grief of women who lose their children during the perinatal period, describe the psychological assistance network for pregnant women's health and its implications, and analyze the humanization policy in obstetrics, considering the birth planning and assistance, and their repercussions on perinatal grief. Dealing with fetal death affects everyone involved, including family members and healthcare professionals. A mother's mourning is a long process, and in the case of perinatal mourning, it can be even longer, because according to psychoanalytic references, the mother will only have fantasies and dreams about what she would like to have experienced with her child, which have been interrupted. for the loss. Thus, the present study consisted of a narrative bibliographical review, with the main result being the ratification that the hospital psychologist is necessary in providing this grieving woman-mother with a space to listen, express and understand her feelings and their pain felt, so that they can elaborate and give new meaning to the mourning for their lost child.

key words: pregnancy loss, death of the child during the postpartum period, fetal death, perinatal grief, psychology and health, psychoanalysis.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	8
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. RELEVÂNCIA.....	10
4. OBJETIVOS.....	11
5. PERGUNTAS DE PESQUISA.....	11
6. METODOLOGIA.....	11
7. REVISÃO TEÓRICA.....	13
8. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	20
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo visa apresentar as principais bases históricas, teóricas e metodológicas em que se fundamenta o projeto de pesquisa sobre o luto materno e a atuação do psicólogo hospitalar. O interesse para a pesquisa do tema surgiu através da descoberta do alto índice de mortalidade perinatal no país. No Brasil, os óbitos fetais ocorrem com frequência elevada, chegando a superar em números os óbitos neonatais (ocorridos nos primeiros 28 dias de vida). Segundo Lima, K. J.; Chaves, C.S.; Gomes, E. de O. et al (2017), A região Nordeste, no ano de 2012, apresentou taxa da mortalidade fetal de 13,4 por 1.000 nascimentos, sendo a maior do país.

De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade fetal em Mato Grosso do Sul era de 11,6 por mil nascidos vivos em 2020. Isso significa que, a cada 1000 nascidos vivos no estado, 11,6 bebês morreram no útero ou durante o parto. E no ano de 2021, segundo a Secretaria de Estado de Saúde (SES), no estado de Mato Grosso do Sul, foram registrados 45 óbitos maternos e taxa de 17,55%, com 313 óbitos infantil.

O óbito fetal é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão (CID 10), como a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. A morte do feto é indicada, após a separação, pela inexistência de qualquer sinal descrito para o nascido vivo (Lima, K. J.Chaves, C. S.; Gomes, E de O. et al, 2017, p. 2).

“No Brasil, determina-se como óbito fetal, o feto com peso ao nascer igual ou inferior a 500 gramas, idade gestacional de 20 semanas (140 dias) e/ou conceitos com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais” (Lima, K. J.; Chaves, C. S.; Gomes, E. de O. et al., 2017, p. 2)

Segundo Barros, p. De S.; Aquino, É. C. De.; Souza, M. R. De. (2019), as políticas públicas governamentais relacionadas à atenção à saúde da mulher no país se resumiam à preocupação com o grupo materno-infantil. Apenas em 1983 o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), englobando a assistência à mulher nas alterações clínico-ginecológicos; no controle do pré-natal, parto e puerpério; doenças sexualmente transmissíveis; câncer cérvico-uterino e mamário; na concepção e contracepção, desde a adolescência até a terceira idade.

Em 2004, sob o enfoque de gênero, o MS progrediu com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que visava melhorias na integralidade e promoção da saúde da mulher, dos direitos sexuais e reprodutivos, na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao aborto e no combate à violência doméstica e sexual.

Passadas quase três décadas, uma nova e dinâmica estratégia do MS por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), compromete-se a fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança. Instituída pela Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha engloba um pacote de ações para estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério e ao nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável e seguro das crianças.

Segundo, Lima, K. J.; Chaves, C. S.; Gomes, E. de O. et al (2017), a natimortalidade é considerada indicador de saúde sensível para avaliar as condições de vida de uma população, uma vez que reflete o estado de saúde da mulher, a qualidade e a acessibilidade dos cuidados primários de saúde disponibilizados à gestante, bem como, a qualidade da assistência intraparto.

Neste contexto, o luto pela perda de um bebê natimorto é considerado algo singular, pois suas características são incomuns, tornando-o difícil de compreender e de ser reconhecido ao redor. A mãe, e somente ela, sentiu ou imaginou dentro de si o movimento da vida de seu bebê. Em consonância com Freud (1917[1915]), não podemos identificar claramente o que foi perdido no objeto e com o objeto. Em outras palavras, há algo na perda desse objeto que não é perceptível externamente.

Iaconelli (2007) Introduz a ideia de um luto "insólito e desmentido" para descrever as experiências de luto resultantes de óbitos fetais, recém-nascidos ou bebês com anomalias congênitas. É relevante considerar, a partir disso, que "há uma mãe desejante em toda gestação, mesmo que impere a ambivalência" (Iaconelli, 2007, p. 617)

Muza, J. C. et al (2013) menciona que o falecimento de um bebê, antes de seu nascimento, resulta na frustração de diversos anseios, sonhos e, principalmente, interrompe a oportunidade de vivenciar a maternidade e a paternidade. Para as mulheres, a interpretação do papel feminino se transforma em um sentimento de desvalorização e inadequação, um golpe que afeta a autoestima da mulher, sua capacidade materna e sua feminilidade, Soifer, R. (1992).

Assim, no desenvolver deste estudo, mergulharemos em um profundo conhecimento sobre o luto perinatal e analisaremos a atuação do psicólogo diante desse contexto.

2. JUSTIFICATIVA

Winnicott, em 1956, aborda a noção da "preocupação materna primária", destacando o que há de patológico nesse estado, quando fora do contexto do ciclo gravídico-puerperal: “Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada,

A palavra "doença" é introduzida aqui porque, de acordo com Iaconelli (2007), a mulher precisa estar saudável o suficiente tanto para desenvolver esse estado, quanto para se recuperar dele à medida que o bebê a liberta. Se o bebê morrer, o estado da mãe pode se manifestar como uma doença. A distinção entre o real e o imaginário torna-se mais tênue, e o objeto é investido libidinalmente através de projeções e identificações. O narcisismo materno envolve inicialmente o objeto e, com a chegada do bebê, a mãe passa a enfrentar o luto pela fantasia que havia construído.

Neste íterim, levando em consideração a taxa de mortalidade perinatal, no estado de Mato Grosso do Sul, retiradas em Costa, L. et al (2021), sendo a maior delas no ano de 2017, com 12,47%, e a mais baixa registrada até o momento remonta a 2018, sendo 10,99%. O referido estudo pretende investigar a atuação do psicólogo no acolhimento ao luto de mulheres que perdem seus filhos durante o período perinatal, descrever a rede de assistência psicológica a saúde da gestante e suas implicações e, analisar a política de humanização na obstetrícia, considerando o planejamento e assistência do parto, e suas repercussões no luto perinatal.

3. RELEVÂNCIA

A mortalidade fetal ainda é um problema da saúde materno-infantil pouco estudado, apesar das mortes fetais serem influenciadas pelas mesmas circunstâncias e etiologias que a mortalidade neonatal precoce. Tem sido dada pouca relevância às causas desses óbitos, visto que, se associa a sua ocorrência como uma eventualidade fatal.

Conforme Lima, K. J.; Chaves, C. S.; Gomes, E. de O.; et al. (2017), o natimorto é um dos resultados adversos mais importantes, entretanto, mal compreendido e

reconhecido na gravidez. Pelo fato de não se tratar de um indicador de saúde, os óbitos fetais são historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, não sendo incorporados nas rotinas de trabalho, nas discussões e nas análises sobre sua ocorrência.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Investigar a atuação do psicólogo no acolhimento ao luto de mulheres que perdem seus filhos durante o período perinatal.

4.2. Objetivos Específicos

- (1) Descrever a rede de assistência psicológica a saúde da gestante e suas implicações
- (2) Analisar a política de humanização na obstetrícia, considerando o planejamento e assistência do parto, e suas repercussões no luto perinatal.

5. PERGUNTAS DE PESQUISA

- (1) Como a psicanálise compreende o psiquismo da mulher mãe quando o bebê se mostra impossibilitado de preencher minimamente suas densas expectativas, quando não há depositário do investimento materno, quando o objeto não pode receber esta catexia libidinal?
- (2) Tem sido ofertado serviço de psicologia para a mulher mãe em situação de perda fetal?
- (3) Na perspectiva da gestante, o acompanhamento psicológico e demais serviços prestados pelos profissionais da saúde têm suprido as demandas?

6. METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Pretende-se pesquisar o tema deste estudo através de uma perspectiva teórica da psicanálise, com ênfase no método qualitativo de revisão bibliográfica narrativa, caracterizado

por Casarin ST, Porto AR, Gabatz RIB, et al (2020), como a busca, seleção e interpretação de estudos de forma não sistematizada, acerca de fontes bibliográficas disponíveis, com o intuito de achar respostas para a pergunta estabelecida pelo(a) autor(a) da pesquisa.

Nesse método o(a) pesquisador(a) conduz uma revisão ampla da literatura, buscando identificar os principais temas, conceitos e debates relacionados ao tema de interesse. Em seguida, o pesquisador analisa as informações obtidas e sintetiza as principais ideias e conclusões da literatura revisada.

Uma de suas principais vantagens é que ele permite que o pesquisador identifique lacunas na literatura existente e desenvolva novas ideias e perspectivas para futuras pesquisas. Além disso, a revisão narrativa é especialmente útil em áreas de pesquisa nas quais existem poucos estudos empíricos ou quando o objetivo é desenvolver uma compreensão mais abrangente e holística do assunto.

6.2 INSTRUMENTO

O presente estudo baseou-se inicialmente, em dados secundários de óbitos fetais registrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) do Ministério da Saúde no Brasil. Foram incluídos os casos de óbitos fetais notificados de 2020 a 2021, constantes no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e classificados pela CID-10.

As informações sobre nascidos vivos e de óbitos fetais são de domínio público e foram coletadas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), na Secretaria de Estado de Saúde (SES), e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Também foram coletados dados no site do Satepsi, Caps, biblioteca virtual, cartilha de humanização do parto (humanização no pré-natal e nascimento), bem como dados estatísticos constatados no DSM-V, e dados do CID-10. Norteados pelas seguintes palavras chaves: luto materno, neonatal, acolhimento psicológico, psicologia hospitalar e psicanálise.

7. REVISÃO TEÓRICA

7.1. A atuação do psicólogo no acolhimento ao luto de mulheres que perdem seus filhos durante o período perinatal

Para que o luto seja elaborado, são necessárias condições que o psiquismo vai desenvolvendo ao longo do tempo. Entre elas, o super investimento e desinvestimento de cada lembrança relacionada ao objeto, o teste de realidade, o reconhecimento social da dor do sujeito, e a elaboração da ambivalência (Iaconelli, 2007).

Uma perda traumática em que não existe uma representação física do sujeito perdido e não houve uma relação concreta e continuada no tempo. O luto induz à regressão, ao confronto com a realidade, e ao mesmo tempo revela a dimensão narcísica dos investimentos objetivos (Leon, 1990; Soubieux, 2013).

O traumatismo provocado pelo luto induz a uma acentuada regressão, em que o sujeito incorpora o objeto perdido no Eu, recorrendo ao mecanismo de identificação como forma de promover a permanência deste no seu interior e negando a própria realidade da perda (Soubieux, 2013).

Bowlby (1985/1973), nos seus trabalhos clássicos, demonstrou como a separação entre o bebê e a mãe opera como protótipo psíquico para a representação do luto, que vai sendo evocado ao longo da vida quando o adulto se confronta com perdas. Deste modo, a perda perinatal envolve um conjunto de complexidades: o feto não é conhecido, a gravidez é interrompida e os futuros pais são forçados a re-atualizar as suas primeiras relações pais-criança.

Acerca disto, “a psicologia entende que para dissipar a dor psíquica de uma perda, é necessário que ela seja dita, vivida, sentida, refletida e elaborada, mas nunca negada” (Gesteira, et al., 2006, p. 465). No entanto, existe um tempo para todo esse processo, de modo que nem a família nem a equipe de saúde devem apressar. Na verdade, deve-se gastar tempo para melhorar a capacidade do enlutado de conceber a perda do bebê (Ramos, V.; Canta, G., 2020).

Segundo Carvalho e Meyer (2007), um dos meios de atuação da psicologia diante de situações como o luto perinatal é desafiar a mentalidade da morte como temática inibida, e identificar nos pais enlutados suas vulnerabilidades e o alto nível de risco. Cabe à psicologia

ajudar os pais e as famílias a apoderar-se da situação atual, de maneira que, posteriormente, possam falar sobre o ocorrido, processá-lo e, algum tempo depois, aceitá-lo.

De acordo com Gesteira et al. (2006), os rituais fúnebres desempenham um papel auxiliar no processo de luto, uma vez que a recuperação se concentra na aceitação. O velório permite que as pessoas se despeçam e reconheçam o enlutado em seu pesar.

Abordagens terapêuticas para apoiar os pais durante o processo de luto pela perda de um filho, tornando-o mais realista, envolvem permitir que os pais visitem o recém-nascido, toquem-no, se assim desejarem, e coletem possíveis memórias (Bartilotti, 2007). Essas estratégias contribuem para promover a saúde mental tanto para os casais como para sua futura prole.

Contudo, o papel do psicólogo nesse contexto, conforme Muza, J. C. et al (2013), é evitar o surgimento de possíveis psicopatologias ligadas à experiência de vida ou morte do bebê, ao mesmo tempo em que se oferece esclarecimento e atenção às fantasias dos pacientes. Nesse contexto, é fundamental que o trabalho não se limite às mães, mas inclua também os pais, a família e a equipe de saúde. O processo de enfrentamento do luto pela perda de um bebê deve ser conduzido de maneira a promover a saúde mental e a reconstrução psíquica de todos os enlutados.

Conforme o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.o 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém nascido e à mãe no período pós-parto.

Partindo dos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (Brasil, 2002).

7.2. A rede de assistência psicológica a saúde da gestante e suas implicações

Para Iaconelli, V. (2007) o processo natural do desenvolvimento gestacional provoca diversas mudanças psicológicas e sociais na vida da mulher em sua família, que exige adaptação e reestruturação. Nesse contexto, a perda de um bebê costuma ser um evento

inesperado, vivenciado com grande sofrimento principalmente pelos pais. Assim, o processo torna-se doloroso, independentemente da fase da gravidez em que ocorre.

Conforme Oliveira, M.J.M., & Dunningham, W. A. (2015), no período do Pós-Parto podem ocorrer algumas alterações de humor das puérperas, que são denominadas: Tristeza Materna ou Blues, Depressão Pós-Parto e Psicose Materna. O que as difere é a duração e a gravidade dos sintomas apresentados. A tristeza materna ou *Blues* é um transtorno autolimitado, com início nas duas primeiras semanas pós-parto, com incidência de 50 a 80%, sendo considerada fator de risco para depressão no primeiro ano após o parto.

Ao contrário, de acordo com dados do DSM-V, apud Oliveira, M.J.M., & Dunningham, W. A. (2015), a Psicose Pós-Parto é relativamente rara, com incidência de 0,1 a 0,2%, e ocorre tipicamente dentro das quatro primeiras semanas após o parto, constituindo-se em emergência médica. Já a depressão Pós-Parto tem prevalência entre 10 a 15%, e é caracterizada como um conjunto de sintomas que tem início entre a quarta e oitava semana após o parto.

Esses sintomas são: choro frequente, irritabilidade, transtornos alimentares e do sono, sentimentos de tristeza e incapacidade, falta de motivação, desinteresse sexual e sensação de incapacidade diante da responsabilidade de mãe.

O DSM-V traz a concepção da DPP como um especificador, o momento de realizar o diagnóstico deve ser da gestação até 4 semanas após o parto, a partir da associação de pelo menos 5 sintomas, sendo eles: humor deprimido, anedonia, mudanças significativas no peso ou apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, capacidade diminuída de pensar, de concentrar-se, indecisão, pensamentos recorrentes de morte.

Já o CID-10 apresenta a depressão pós-parto como um diagnóstico separado, o momento de realizar o diagnóstico deve ser em até 6 semanas após o parto, e utiliza o termo pós-natal.

Nesse contexto, Golse (2002) enfatiza que as medidas protetivas para a Depressão Pós-Parto (DPP) são ações preventivas ou intervenções já implementadas que funcionam como proteção contra problemas emocionais durante a gravidez e no período pós-parto. Isso inclui o apoio de outra mulher e a identificação precoce da depressão, apoio social, intervenção multidisciplinar após a detecção de sintomas e trabalhos como o pré-natal psicológico (Bortoletti, 2007; Cabral e col., 2012).

As intervenções multidisciplinares vem para complementar o pré-natal tradicional, tem caráter psicoterapêutico e oferece apoio emocional, discute soluções para problemas que podem ocorrer no período gravídico-puerperal.

As dificuldades podem estar associadas a uma série de fatores, incluindo a idealização e os mitos em torno da maternidade, a possibilidade de perda do feto ou bebê, gravidez de alto risco, anomalias no desenvolvimento do feto, receios em relação ao parto e à dor, transtornos psicossomáticos, transtornos depressivos e de ansiedade, mudanças nos papéis sociais e familiares, alterações na libido, conflitos no relacionamento conjugal, ciúmes em relação aos outros filhos, e questões relacionadas ao planejamento familiar (Cabral e col., 2012).

Essa intervenção, também conhecida como psicoprofilática de acordo com Bortoletti (2007), é justificada por Maldonado (1986) devido a sua natureza preventiva em várias dimensões. Visando lidar com as mudanças na identidade da gestante, acompanhar e promover o desenvolvimento do vínculo entre os pais e o bebê, fortalecer a confiança na percepção e sensibilidade da mãe, ampliar os recursos do casal como intermediário na prevenção com outros membros da família e conscientizar os pais sobre o atendimento que estão recebendo e suas necessidades.

Além das questões preventivas mencionadas, o grupo também pode contribuir para esclarecer e desmistificar tópicos cruciais, como os cuidados com a amamentação, o bebê e a idealização da maternidade, como destacado por Arrais (2005).

O objetivo principal da intervenção psicológica nesse sentido, segundo Arrais, A. D. R., Mourão, M. A., & Fragalle, B. (2014), é uma escuta qualificada e diferenciada quanto ao processo gravídico, oferecendo um espaço no qual a mãe pode expressar medos e suas ansiedades, além de promover a troca de experiências, descobertas e informação, com extensão à família, especialmente ao cônjuge e avós, visando a participação na gravidez/puerpério e a parentalidade compartilhada.

Assim, a assistência psicológica durante a gravidez, através da utilização do pré-natal psicológico (PNP), é um importante instrumento psicoprofilático, corroborando a visão de Bortoletti (2007); Cabral et al (2012) que ele é em si um fator de proteção que, portanto, minimiza o impacto dos fatores de risco atuais, reduzindo a possibilidade de DPP.

Neste íterim, segundo Arrais, A. D. R., Mourão, M. A., & Fragalle, B. (2014), sabendo da alta incidência de depressão e após as evidências quanto a prevenção do pré-natal psicológico (PNP), seria interessante ampliar a assistência pré-natal oferecida nos serviços de saúde, complementando com o PNP.

Este tipo de serviço é uma importante ferramenta psicoprofilática, de baixo custo, que pode ser oferecida nas maternidades e centros de saúde, sendo uma proposta viável por se tratar de uma intervenção em grupo, abrangendo grande número de pessoas, podendo ser adaptado à realidade de cada comunidade, e implementada como política pública nos serviços de atenção pré-natal em todo o país.

7.3. A política de humanização na obstetrícia: Planejamento e assistência do parto e suas repercussões no luto puerperal.

Segundo Moura, et al (2020), a humanização do parto é a alternativa mais apropriada aos modelos biopsicossociais e tecnológico vigentes para melhorar a assistência à parturiente e ao recém-nascido, uma vez que constitui fator que favorece o trabalho de parto e o vínculo mãe e bebê. Neste sentido, a abordagem centrada nas mulheres, com respeito a direitos, valores, crenças, autonomia, escolhas, controle sobre seus corpos e processo de nascimento, constituem conceitos-chave do parto humanizado.

Dessa forma, são aplicadas práticas e métodos naturais que tornam o parto mais humanizado, tais como: massagens, banhos, bem como o apoio psicológico que deve ser oferecido para a parturiente e sua família (Moura, et al., 2020).

Conforme Ferreira, et al (2019), as práticas humanizadas consistem em fornecer à gestante e respectivo familiar apoio e informações necessárias para o trabalho de parto e o parto qualificado. Incluindo cuidados como: orientar a gestante quanto à alimentação, deambulação, contrações dolorosas e escolha da posição pela paciente durante o trabalho de parto e parto, direito ao acompanhante e local do parto.

Contudo, o autor menciona que o cenário geral da assistência obstétrica, ainda é permeado por obstáculos que dificultam a implementação de ações humanizadas, as quais contemplam o acesso, o acolhimento, a qualidade e a resolutividade. Ferreira, et al (2019) entrevistou mulheres no puerpério imediato e levantou informações do prontuário hospitalar, constatando a baixa adesão a boas práticas durante o trabalho de parto, representada, por exemplo, pela elevada frequência de medicalização durante estes períodos.

Outro obstáculo que exprime uma fragilidade da rede no serviço do atendimento humanizado é a sobrecarga da equipe de enfermagem. O enfermeiro atua tanto na assistência com o paciente quanto na administração do setor em que trabalha, e muitas vezes, as demandas decorrentes da administração do local, sobrecarregando-os e ocasionando

dificuldade de conciliar ambas as atividades, e assim limita o tempo que poderia ser dedicado à parturiente (Ferreira, et al., 2019).

Em relação à fragilidade da rede e suas repercussões no processo de luto, Pizarro, L. X. (2022) destaca que, as gestantes que sofrem a perda de seus bebês antes dos marcos definidos no artigo 2º do Ministério da Saúde, ou seja, antes das 20 semanas de gestação a 28 dias de vida, frequentemente não recebem o mesmo nível de apoio no ambiente hospitalar, comparado às mães que perderam um feto, sob a alegação de que o feto era apenas um embrião.

A autora sugere que essa abordagem reflete uma restrição não expressa, imposta pelo discurso social predominante à morte, especialmente à morte de uma vida que não se concretizou totalmente. Isso se manifesta também na maneira quase secreta com que as mães sofrem o luto pela perda de seus bebês.

Ainda conforme Pizarro, L. X. (2022), a atribuição da maternidade a uma mulher adquire significado através da construção simbólica e imaginária desse papel durante a gravidez, conforme reconhecido pela própria mãe. No caso de uma perda precoce do embrião, as formas de luto possíveis podem estar ligadas à forma como a mulher construiu a relação com a singularidade de sua gestação, não necessariamente dependendo da idade gestacional do feto perdido.

Enquanto Freud (1917[1915]/2010) afirma que o processo psíquico de luto leva o Eu a renunciar ao objeto e a declará-lo como morto para garantir sua própria continuidade (p. 192), Pizarro, L. X. (2022) acrescenta que o luto pela perda de um filho que não viveu implica uma renúncia de natureza corporal e narcísica. Isso requer a manutenção de algo vivo, possivelmente exigindo a suspensão do próprio processo psíquico. Portanto, é necessário definir o que permanece vivo na mulher/mãe em relação ao filho que nasceu morto.

Aqui podemos mencionar os mecanismos paranóides, que, segundo Soifer (1992), em consonância com Melanie Klein, envolvem a falta de diferenciação entre o ego e os objetos externos, levando a uma dissolução do eu e do outro. A "posição esquizoparanóide" descreve um ego primitivo que oscila entre solidão e diferenciação (esquizóide) e fusão extrema e indiferenciação (paranoide). Nesse estágio, a proteção do ego contra a ansiedade é alcançada pela expulsão do sadismo, que alivia o ego e ataca objetos persecutórios.

Nessa perspectiva, é comum que as equipes de assistência em maternidades produzam lembranças para as famílias após a morte de um bebê, independentemente se ocorreu no útero ou após alguns dias de vida. Dentre essas lembranças estão inclusas: uma caixa com o

carimbo da placenta em um papel, uma etiqueta que estava na mãozinha do bebê, o carimbo dos pezinhos, a touca usada pelo bebê, entre outras (Pizarro, L. X., 2022).

Outra prática da equipe nas maternidades para ajudar no processo de elaboração do luto materno, é permitir que a família escolha o momento em que deseja se despedir do bebê natimorto após o parto. Reconhecendo a dimensão inexprimível da perda do que não pode ser perdido, mesmo após a morte (Pizarro, L. X., 2022).

Ainda sobre a fragilidade da rede e suas repercussões no luto, Ignacio, E. S., & Medeiros, A. P. (2023), expõe também, a sobrecarga dos psicólogos hospitalares, pois comumente se trata de um único profissional ou uma equipe restrita para toda a demanda hospitalar, e mesmo para a realização de uma ação conjunta ao pré- natal, são acionados apenas quando a puérpera se encontra em crise ou para acompanhar a notícia do óbito.

Conforme Ignacio, E. S., & Medeiros, A. P. (2023), em razão da prevenção de transtornos psicológicos e promoção da saúde da mulher durante todo período do ciclo gravídico-puerperal, é essencial que a gestante, parturiente ou puérpera tenha acompanhamento psicológico através do PNP, este que pode ser feito durante todo período de gestação, parto e puerpério, identificando as necessidades da mulher e sua rede de apoio.

Para Silva e Barbosa (2020) a contribuição do psicólogo hospitalar se dá através de escuta e acolhimento durante o PNP, ajudando as mulheres gestantes e puérperas em suas necessidades emocionais, proporcionando a elas acolhimento, atenção e cuidado, além de orientar a rede de apoio das mulheres em como podem apoiá-las em cada período do ciclo gravídico-puerperal.

Além disso, segundo Bonifacio, C. E. (2023), o psicólogo perinatal pode trabalhar com a técnica da psicoeducação, para auxiliar a rede de apoio da mulher sobre sua saúde psíquica durante todo período de mudança na gestação e puerpério ou na preparação emocional para o parto.

Em consonância com Cerávolo (2019) o profissional pode atuar durante o parto da mulher independente da via de parto ser normal ou cirúrgica, proporcionando assistência emocional à parturiente e ao pai do bebê para que vivenciem o momento da melhor maneira possível, além disso, a autora defende que o psicólogo pode ajudar no vínculo da mãe e bebê, facilitando o contato entre os dois e identificando se a mulher precisará de maiores cuidados após o parto, para evitar transtornos psicológicos, como a depressão.

Neste ínterim, após uma revisão ampla da literatura, buscando identificar as principais bases históricas, teóricas e metodológicas a respeito da atuação do psicólogo hospitalar frente

à perda gestacional e luto, foi possível encontrar e analisar conceitos e debates relacionados ao tema de interesse. Desse modo, pretende-se apresentar a seguir: ideias, resultados, discussões e conclusões da literatura revisada quanto à importância do suporte psicológico na elaboração do luto materno.

8. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este trabalho, cujo tema “luto materno: a atuação do psicólogo hospitalar diante processo de perda gestacional”, foi realizado através das pesquisas feitas nas bases de dados do acervo físico e livros eletrônicos da biblioteca da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Foram utilizadas as plataformas de busca Scielo, Pepsic, Periódico Capes, Google Acadêmico, e sites oficiais como Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Secretaria de Estado de Saúde (SES), cartilha de humanização do parto, e dados do DSM-V e CID-10.

Acerca das plataformas de busca, foram encontrados e analisados 51 trabalhos nas plataformas, inicialmente, com os seguintes descritores: luto materno, neonatal, acolhimento psicológico, psicologia hospitalar, psicanálise, no entanto, outras palavras chaves foram necessárias para pesquisa, entre elas estão: natimorto, perda fetal, assistência no natimorto. Também foram utilizadas obras de Donald Winnicott, Melanie Klein, Raquel Soifer, entre outros.

A morte perinatal é o termo utilizado para descrever a ocorrência de perdas que acontecem durante o intervalo entre a 20ª semana de gestação e os primeiros sete dias após o parto. Esse conceito abrange a morte fetal (quando o bebê foi a óbito durante o último trimestre de gestação, ainda no útero materno), a morte no momento do parto e a morte neonatal (quando o bebê faleceu pouco tempo após o nascimento). A principal causa associada a esse tipo de óbito está relacionada à prematuridade.

No caso do falecimento de um bebê, também se extinguem os anseios, as perspectivas e os sonhos para o futuro da criança, dissipando-se toda a expectativa que estava associada a ele (Tavares, 2013). Esse fenômeno torna o processo de luto mais desafiador, uma vez que as memórias desempenham um papel significativo em seu desenvolvimento. Conforme apontado

por Freud (1917[1915]/1974), o propósito do luto é gradativamente desvincular o indivíduo da pessoa falecida, lembrando o passado e lidando com as lembranças do ente querido.

Durante a gestação, uma mulher pode vivenciar diferentes tipos de luto devido às expectativas que cria sobre seu futuro filho. Segundo Antunes e Patrocínio (2007), há uma distinção entre o "bebê real" (o filho como ele é de fato) e o "bebê fantasia" (a idealização que os pais têm do filho que esperam).

Se as expectativas não se concretizam, como quando a mãe espera uma menina e nasce um menino, pode ocorrer um processo de luto, pois toda a visão de vida associada à criança já havia sido construída nas expectativas da mãe. O mesmo acontece quando uma mãe idealiza um bebê neurotípico e ele nasce com alguma deficiência.

Segundo um estudo conduzido por Carvalho e Meyer (2007), mulheres que enfrentam a perda de um filho durante o período perinatal enfrentam um considerável risco de manifestar sintomas de depressão, ansiedade ou pânico, especialmente nos meses subsequentes à perda. Os dados da pesquisa indicaram que aproximadamente de 30% a 50% dessas pacientes experimentaram sintomas graves de depressão seis meses após o falecimento de seus bebês. Com o passar do tempo, esses sintomas tendem a diminuir, mas é importante notar que, ao final de um ano, podem ocorrer recaídas.

Em concordância, Botega (2017) aponta o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos relacionados à gravidez, dentre eles, distúrbios de ansiedade patológica, como o transtorno de pânico, relacionado a complicações como aborto espontâneo, descolamento de placenta, partos prematuros não programados, peso insuficiente ao nascimento, partos assistidos por instrumentos, baixas pontuações de Apgar em recém-nascidos e dificuldades na adaptação. Além de que, até 70% das pacientes têm sintomas depressivos durante a gravidez, sendo que de 10 a 16% preenchem critérios para o diagnóstico de depressão.

Devido ao grande efeito que essa experiência causa na vida da mulher, é observado que a psicanálise pode desempenhar um papel crucial na compreensão de como o vínculo entre mãe e filho é estabelecido, quebrado e potencialmente reconstruído durante o processo de luto. Nesse sentido, o psicólogo pode desempenhar um papel fundamental em auxiliar a mãe a atravessar as diversas etapas do luto, proporcionando conforto psicológico e apoiando-a na elaboração dessa significativa perda (Portela; Silva; Soriano, 2016).

A intervenção psicológica durante a gravidez visa oferecer um espaço para as mães expressarem seus medos e ansiedades, promovendo a troca de experiências e informações, envolvendo também o cônjuge e avós na participação na gravidez/puerpério.

Os autores Iaconelli (2007); Leon (1990); Soubieux (2013); Bowlby (1985/1973); Gesteira, et al. (2006); Ramos & Canta (2020); Carvalho & Meyer (2007); Bartilotti (2007); e Muza, J. C. et al (2013), corroboram em várias ideias e abordagens relacionadas ao luto perinatal e à assistência às famílias que enfrentam essa situação, dentre elas, a importância do tempo, do suporte multidisciplinar, da prevenção de psicopatologias e da humanização da assistência.

Ambos autores mencionam que o luto envolve condições psicológicas específicas que se desenvolvem ao longo do tempo. Isso abrange o intenso investimento e desinvestimento de memórias ligadas ao objeto, a verificação da realidade, o reconhecimento social da dor do indivíduo e o processo de elaboração da ambivalência. Bem como a importância do tempo, o luto não deve ser apressado, sendo necessário dar tempo para que o enlutado conceba a perda, assim, nem a família, nem a equipe de saúde devem apressar o processo de luto.

Os autores citados acima mencionam a importância de uma abordagem multidisciplinar no cuidado de pais enlutados, envolvendo psicólogos, famílias e equipes de saúde, e a importância de rituais fúnebres, estes que podem ser úteis nesse processo, pois ajudam na aceitação da perda e permitem que as pessoas se despeçam do ente querido.

Esta ampliação da assistência pré-natal oferecida nos serviços de saúde pública, Brasil (2002), complementado com o pré-natal psicológico como uma ferramenta psicoprofilática de baixo custo, adaptável a diferentes comunidades e passível de implementação como política pública em todo o país. Tendo em vista que o PNP é considerado um importante instrumento para reduzir a incidência de depressão pós-parto e outros problemas emocionais.

Os autores apontados acima, que dissertam sobre o luto neonatal e sobre a prevenção de psicopatologias, em ambos os temas, destacam o papel do psicólogo na prevenção de significativo sofrimento psíquico e possíveis psicopatologias relacionadas à perda de um bebê, tendo em vista que o trabalho do psicólogo deve ser direcionado não apenas para as mães, mas também para os pais, a família e a equipe de saúde.

A atuação do psicólogo também deve se ater a facilitar a relação do casal diante da gestação, o de pai e mãe, promover a participação do pai em todo o processo de gestação, parto e pós-parto; facilitar a vinculação mãe-pai-bebê, preparar o casal grávido para a maternidade e paternidade, estimular o desenvolvimento da postura ativa da gestante favorecendo nela atitudes positivas para o parto e prevenir problemas de saúde mental no pós-parto como a depressão e a psicose.

A proposta é ótima, mas a prática é insatisfatória, em função de, muitas vezes, a infraestrutura ser inadequada, os hospitais e clínicas de obstetrícia podem não estar equipados

adequadamente para lidar com emergências obstétricas, como complicações durante o parto, falta de equipamento médico essencial e instalações inadequadas para partos seguros. Além de que, os grupos normalmente ocorrem em salas de espera, estes que são abertos e numerosos, não permitindo muita privacidade.

Em muitas situações, os pais que são trabalhadores enfrentam desafios para conseguir a liberação do trabalho para acompanhar o parto de seus filhos. Isso pode ocorrer por diversas razões, incluindo falha na aplicação de políticas adequadas, inflexibilidade e pressão no local de trabalho, condições de emprego precárias. Em alguns ambientes de trabalho, pode haver incompreensão sobre a importância da presença dos pais durante o parto e como isso pode beneficiar a mãe e bebê.

Nem todos os serviços de obstetria contam com um psicólogo na equipe, o que pode ser considerado mais uma falha em algumas instalações de saúde obstétrica, pois o psicólogo pode desempenhar papel fundamental durante a gravidez, parto e pós-parto. Como na avaliação de riscos psicológicos, apoio emocional, aconselhamento e educação sobre questões ligadas à gravidez, promoção do vínculo mãe-bebê, amamentação, suporte em situações de complicações, entre outras.

Acesso limitado aos cuidados pré-natais: Muitas mulheres, especialmente em áreas rurais ou de baixa renda, podem enfrentar dificuldades em acessar cuidados pré-natais de qualidade devido à falta de serviços de saúde próximos, transporte inadequado ou custos elevados, fatores que podem justificar o fato de muitas mulheres descobrirem a gravidez só no terceiro ou quarto mês de gestação.

Diante disto, a equipe de obstetria realiza algumas alternativas para que haja maior adesão ao acompanhamento pré-natal, entre elas a rede cegonha, que visa promover um acompanhamento contínuo e adequado desde o início da gravidez até o pós-parto.

Neste ínterim, os autores Iaconelli (2007); Leon (1990); Soubieux (2013); Bowlby (1985/1973); Gesteira, et al. (2006); Ramos & Canta (2020); Carvalho & Meyer (2007); Bartilotti (2007); e Muza, J. C. et al (2013), frisam a importância da humanização da assistência durante a gravidez, parto e puerpério, de acordo com os princípios estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Na prática, observa-se desigualdades na prestação de cuidados e assistência a mulheres de grupos étnicos minoritários, comunidades de baixa renda e áreas rurais têm maior probabilidade de receber cuidados de obstetria de qualidade inferior devido a desigualdades sistêmicas no sistema de saúde.

É importante ressaltar que, algumas mulheres relatam experiências de tratamento desrespeitoso ou abusivo por parte dos profissionais de saúde durante o parto, o que pode afetar negativamente sua saúde mental.

Ademais, a rede de serviço obstétrica não costuma fornecer apoio pós-parto, a atenção muitas vezes se concentra no período pré-natal e no parto, deixando as mães com poucos recursos ou apoio após o parto, o que pode afetar sua recuperação física e emocional e a saúde do bebê.

A legislação relacionada ao repouso remunerado após perda gestacional é uma área que precisa de revisão e aprimoramento para garantir que as mães tenham o tempo necessário para lidar com o luto, visto que o artigo 395 da CLT, decreto Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943, estabelece que em caso de aborto não criminoso, antes de 20 semanas comprovado por atestado médico oficial, a mulher tem direito a repouso remunerado de apenas duas semanas. O que faz com que essa mulher enlutada tenha que voltar em pouco tempo para suas atividades laborais.

Assim, este estudo atendeu aos resultados esperados, foi possível observar a dificuldade da mulher de elaborar o luto e ser reinserida no seu ciclo social, de trabalho, dentre outros. Tendo em vista que o vazio maior é o da mãe, pois é ela quem possui o ventre vazio.

Aqui podemos destacar a importância do vínculo afetivo paterno, ou outra rede de apoio afetiva, caso seja mãe-solo, em consonância com Soifer (1992), é preciso redirecionar esta pulsão de vida do vínculo materno, que é instintiva, para outros vínculos saudáveis. No acolhimento psicológico, o psicólogo será o mediador de novos vínculos.

Portanto, acredita-se que abordar o tema sobre o luto no curso de Psicologia, bem como práticas e produção de mais estudos relacionadas ao tema, promovam uma maior preparação profissional, ampliação do repertório clínico, compreensão do processo de luto, redução do estigma em torno desta temática, apoio adequado às pacientes e familiares, ações preventivas de saúde mental, promoção do bem-estar e saúde integral, ética profissional e desenvolvimento pessoal.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, este estudo destaca a singularidade e complexidade do luto materno, na perspectiva da psicanálise, diante do processo de perda gestacional, que abrange a morte fetal, a morte no parto e a morte neonatal. Este luto envolve questões distintas de outras perdas, já que muitas vezes as mães não têm lembranças tangíveis de seus bebês a serem evocadas, nem contato com eles depois do óbito. Isso torna o processo de luto mais doloroso, tendo em vista que as mães têm apenas suas fantasias e desejos idealizados interrompidos, o que dificulta a elaboração desse luto.

Assim, compreendeu-se com este trabalho, que a interrupção do processo de maternidade pela morte do bebê tem um impacto devastador nos pais, especialmente na mãe, exigindo um trabalho psicológico intenso e oposto às expectativas que tinham para o futuro com a criança. Para finalizar, evidencia-se a necessidade de uma equipe multidisciplinar que promova a escuta ativa, considerando as políticas públicas para o apoio e o cuidado às mães e familiares que enfrentam essa situação delicada.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Mónica Sofia do Couto; PATROCÍNIO, Carla. A malformação do bebê. Vivências psicológicas do casal. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 8, n. 2, p. 239- 251, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/3zKzmQR>>. Acesso em: 20 ago. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders** - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 251-264, 2014. Acesso em 29 Junho 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>>. ISSN 1984-0470. <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>>. Acesso em 05 jun. 2023.

ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto**: para além da padronização patologizante. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2005.

BARROS, p. De S.; AQUINO, É. C. DE.; SOUZA, M. R. DE.. *Fetal mortality and the challenges for women's health care in Brazil*. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 12, 2019.

BARTILOTTI, M. R. M. B. Intervenção psicológica em luto perinatal. In F. F. Bortoletti (Org.). **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Manole, 2007.

BONIFACIO, Camila Eufrazio. Importância do acompanhamento psicológico durante a gestação e após o parto na perspectiva de mulheres gestantes e puérperas. 2023. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/35627/1/Trabalho%20final%20de%20conclus%C3%A3o%20de%20curso%20.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2023.

BORTOLETTI, F. F. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**.

BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Artmed Editora, 2017. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=lang_pt&id=BWAwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=Pr%C3%A1tica+psiqui%C3%A1trica+no+hospital+geral:+interconsulta+e+emerg%C3%Aancia.&ots=sN4CN-9kZ-&sig=pk7VV3gukjQqmK-mt710-i7ZPvU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 05 jun. 2023.

BOWLBY, J. Apego e Perda, Volume 3 – **Perda, Tristeza e Depressão**. Martins Fontes, 1985/1973.

BRASIL. Consolidação das Leis do trabalho. Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de mortalidade**. Taxa de mortalidade neonatal precoce. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0101b.htm>>. Acesso em: 27 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, **Tecnologia e Insumos Estratégicos**. **Departamento de Ciência e Tecnologia**. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_mortalidade_perinatal_3ed.pdf>. Acesso em: 27 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. **Gestação de alto risco**: manual técnico. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 27 março 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Ciência e Tecnologia**. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. — Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_mortalidade_perinatal_3ed.pdf>. Acesso em: 27 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília, 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_mortalidade_perinatal_3ed.pdf>. Acesso em: 27 março 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27 de mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.351, de 5 de outubro de 2011**. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 out. 2011. Seção 1, p. 58. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html>. Acesso em: 27 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 27 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva**. Humanização do parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília (DF), 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade** [on-line]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtmmap.htm>>. Acesso em: 27 março 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade** [CD-ROM]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

CABRAL, Stella Mari de Souza Colhado; PEREZ, Deborah Karolina. Violência obstétrica: produção científica de psicólogos sobre o tema. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 9, n. 2, p. 270-283, 2020. Disponível em: <<http://periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/viewFile/2872/1660>>. Acesso em: 05 jun. 2023.

CABRAL, D. S. R.; MARTINS, M. H. F.; ARRAIS, A. R. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. Encontro: **Revista de Psicologia, Valinhos**, v. 15, n. 22, p. 53-76, 2012.

CARVALHO, F. T., & Meyer, L. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. **Boletim de Psicologia**, 57(126), 33-48, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2VjPEl2>>. Acesso em: 20 ago. 2023.

CASARIN, Sidnéia Tessmer et al. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health/Types of literature review: considerations of the editors of the Journal of Nursing and Health. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 5, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19924/11996>>. Acesso em: 05 jun. 2023.

CERÁVOLO, Karla. O Começo da Vida: a atuação do psicólogo perinatal no parto. Rio de Janeiro: Med Book, 2019, 1. ed. 113 p. Disponível em: <https://ler.amazon.com.br/?asin=B091ZG2SJW&ref_=kwl_kr_iv_rec_1>. Acesso em: 20 ago. 2023.

COSTA, Lizandra et al. **Taxas de mortalidade perinatal da região Centro-oeste do Brasil: um recorte dos últimos cinco anos**. 2021. Disponível em:

<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3312/1/Lizandra_rag.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2023.

DE DEUS SILVA, L. P.; DE CARVALHO, B. F. Pré-natal psicológico como estratégia terapêutica de prevenção a transtornos psicoemocionais no período gravídico puerperal. Disponível em: <https://faculdadecienciasdavidia.com.br/sig/www/opened/ensinoBibliotecaVirtual/000160_624c53c30d099_048586_600b1e54b3c80_TCC_2_Luana_Pereira_de_Deus_Silva.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2023.

DE MOURA, José Wellington Silva et al. Humanização do parto na perspectiva da equipe de enfermagem de um Centro de Parto Normal. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 3, 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3256>>. Acesso em: 05 jun. 2023.

DE OLIVEIRA, Milla Jansen Melo; DUNNINGHAM, William Azevedo. Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós-parto em Salvador. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 19, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/viewFile/158/69>>. Acesso em: 05 jun. 2023.

FERREIRA, Mariana Cavalcante et al. Percepções de profissionais de enfermagem sobre humanização do parto em ambiente hospitalar. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/46200/1/2019_art_mcferreira.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2023.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV, p. 277-8. 1917/1915.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. In S. Freud, Obras Completas Introdução ao narcisismo, Ensaios de metapsicologia e outros textos. Companhia das Letras. Vol. 12, P. C. de Souza, Trad., pp. 170–194. 1917[1915]/2010.

GESTEIRA, S. M. A., Barbosa, V. L., & Endo, P. C. O luto no processo de aborto provocado. **Acta Paulista de Enfermagem**, 19(4), 462-467. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/hgSMBJmG7yMrq7mRRMkM9Gx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 ago. 2023.

GOLSE, B. Depressão do bebê, depressão da mãe: conceito de psiquiatria perinatal. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P. S. (Org.). **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos**. Brasília, DF: LGE, 2002. p. 232-248.

IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 10, n. 4, p.

614-623, dez. 2007. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/hz8B5Z66qkD4nDw8s76CKtn/?format=pdf&lang=pt>>.
Acesso em: 20. ago. 2023.

IGNACIO, Ethiene Stephanie; MEDEIROS, Ana Paula. Nascimento e Morte: o Apagamento do Luto durante a Perinatalidade. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 17, n. 66, p. 253-272, 2023. Disponível em:
<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3743/5793>>. Acesso em: 20 ago. 2023.

LEON, I. G. *When a Baby Dies – Psychotherapy for Pregnancy and Newborn Loss Yale University*. 1990.

LIMA, K. J.; CHAVES, C. S.; GOMES, E. de O.; DE LIMA, M. A.; CANDEIRA, E. C. P.; TEÓFILO, F. K. S.; NUNES, G. P.; VIANA, R. A. A. Análise da situação em saúde: a mortalidade fetal na 10ª região de saúde do Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 1, 2017. DOI: 10.5020/18061230.2017.p30. Disponível em: <<https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/5944>>. Acesso em: 27 março. 2023.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1986.

MUZA, Júlia Costa et al. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicologia, teoria e prática**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 34-48, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 março 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PIZARRO, Luana Xavier et al. **Qual a perda implicada em um filho que não nasceu?**. 2022. Disponível em:
<<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/46311/3/Qual%20a%20perda%20implicada%20em%20um%20filho%20que%20na%cc%83o%20nasceu%3f.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2023.

PORTELA, Anselmo Fabrício; DA SILVA, Sheron Lima; SORIANO, Sara Scheidt. **Contribuições da Psicanálise para a Elaboração do Luto Materno**. Trabalhos de Conclusão de Curso-Faculdade Sant'ana, 2016. Disponível em:
<<https://bit.ly/3CpLJnD>>. Acesso em: 20 ago. 2023.

RAMOS, V.; CANTA, G. Perda e Luto Fetal. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, [S. l.], v. 40, n. 2, 2020. DOI: 10.51356/rpp.402a2. Disponível em: <<https://rpppsicanalise.org/index.php/rpp/article/view/47>>. Acesso em: 20 março 2023.

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

SOUBIEUX, M.-J. *Le Berceau Vide – Deuil Périnatal et Travail du Psychanalyste*. Éditions Érès. 2013.

TAVARES, Ana Catarina da Silva. Lutos gestacional e neonatal: Vivência subjectiva materna da perda. Tese de Doutorado. Psicologia, Ciência e Profissão [online]. ISPA-Instituto Universitário, 2013 Disponível em: <<https://bit.ly/3AlAlr1>>. Acesso em: 04 ago. 2023

WINNICOTT, D. W. **A preocupação materna primária**. In: Winnicott, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas** (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. 1956/2000.