

## **SOBRE(VIVER) ENTRE PARTIDAS E CHEGADAS: INVESTIMENTO EM NOVA GESTAÇÃO APÓS PERDA GESTACIONAL**

*On(Living) between Departures and Arrivals: Investment in New Pregnancy after Pregnancy Loss*

*Sobre(Vivir) entre Partidas y Llegadas: Inversión en una Nueva Gestación Tras Pérdida Gestacional*

*Sur(vivre) entre départs et arrivées: Investissement dans une nouvelle gestation après une perte de grossesse*

10.5020/23590777.rs.v23iEsp. 1.e12756

**Sandi Teresinha Nottar da Silva Tavares**  

Mestre em Psicologia e Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Especialista em Psicoterapia Psicanalítica pelo Instituto Wilfred Bion. Graduada em Psicologia pelas Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT).

**Thomás Gomes Gonçalves**  

Doutor, Mestre e graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicanalista (Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre). Professor do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT).

**Daniela Centenaro Levandowski**  

Pós-Doutorado em Saúde Mental Perinatal (City, University of London). Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista Produtividade em Pesquisa (CNPq).

### **Resumo**

O presente estudo qualitativo e exploratório buscou investigar a experiência de mulheres que tiveram uma nova vivência de maternidade após uma perda gestacional (PG) ocorrida a partir de 20 semanas de gestação. Participaram desta pesquisa duas mulheres (de 24 e 27 anos), que responderam uma ficha de dados sociodemográficos, duas fichas de dados clínicos (referentes ao bebê falecido e ao filho subsequente) e uma entrevista semiestruturada sobre a nova experiência de maternidade após a vivência da PG. Por meio da análise de conteúdo das entrevistas foi possível constatar que a experiência de PG se caracterizou como um evento traumático, estabelecendo-se uma reação melancólica nas mulheres diante dessa perda. Constatou-se, também, o impacto da PG no investimento emocional na nova gestação e na relação com o filho subsequente. Considera-se necessário evidenciar esse fenômeno, reduzindo a sua invisibilidade, bem como desenvolver intervenções para auxiliar no manejo dessas gestantes, possibilitando um acolhimento adequado e uma escuta sensível diante da sua dor.

**Palavras-chave:** natimorto, perda gestacional, filho subsequente, relação mãe-bebê.

### **Abstract**

*This qualitative and exploratory study sought to investigate the experience of women who had a new experience of motherhood after a pregnancy loss (PG) that occurred after 20 weeks of gestation. Two women (aged 24 and 27) participated in this research, and they completed a sociodemographic data form, two clinical data forms (referring to the deceased baby and the subsequent child), and a semi-structured interview about the new experience of motherhood after experiencing the PG. Through content analysis of the interviews, it was possible to verify that the PG experience was characterized as a traumatic event, establishing a melancholic reaction in women in the face of this loss. The impact of PG on the emotional investment in the new pregnancy and the relationship with the subsequent child was also found. It is*

*considered necessary to highlight this phenomenon, reducing its invisibility, by developing interventions to assist in the management of these pregnant women, enabling adequate reception and sensitive listening to their pain.*

**Keywords:** stillbirth, pregnancy loss, subsequent child, mother-baby relationship.

### **Resumen**

*El presente estudio cualitativo y exploratorio buscó investigar la experiencia de mujeres que tuvieron una nueva vivencia de maternidad tras una pérdida gestacional (PG) ocurrida a partir de 20 semanas de gestación. Participaron de esta investigación dos mujeres (de 24 y 27 años), que contestaron a una hoja de datos sociodemográficos, dos hojas de datos clínicos (relacionados con el bebé fallecido y al hijo subsecuente) y una entrevista semiestructurada sobre la nueva experiencia de maternidad tras la vivencia de la PG. Por medio del análisis de contenido de las entrevistas fue posible constatar que la experiencia de PG se caracterizó como un evento traumático, estableciéndose una reacción melancólica en las mujeres ante esta pérdida. Fue constatado, también, el impacto de la PG en la inversión emocional en la nueva gestación y en la relación con el hijo subsecuente. Se considera necesario evidenciar este fenómeno, reduciendo su invisibilidad, como también desarrollar intervenciones para ayudar en la gestión de estas embarazadas, posibilitando una acogida adecuada y una escucha sensible ante su dolor.*

**Palabras clave:** nacido muerto, pérdida gestacional, hijo subsecuente, relación madre-bebé.

### **Résumé**

*Cette présente étude qualitative et exploratoire visait à enquêter sur l'expérience des femmes qui ont vécu une nouvelle expérience de maternité après une perte de grossesse (PG) survenue à partir de 20 semaines de grossesse. Deux femmes (âgées de 24 et 27 ans) ont participé à cette étude. Elles ont rempli un formulaire sur les données sociodémographiques, deux questionnaires sur les données cliniques (concernant le bébé décédé et le fils suivant) et ont participé à un entretien semi-structuré sur leur nouvelle expérience de maternité après avoir vécu la PG. En analysant le contenu des entretiens, il a été possible de constater que l'expérience de PG s'est caractérisée comme un événement traumatique, établissant une réaction mélancolique chez les femmes face à cette perte. On a également constaté l'impact de la PG sur l'investissement émotionnel dans la nouvelle grossesse et sur la relation avec le fils suivant. Il est nécessaire de mettre en lumière ce phénomène, en réduisant son invisibilité, ainsi que de développer des interventions pour soutenir ces femmes enceintes, en leur offrant une prise en charge appropriée et une écoute bienveillante face à leur douleur.*

**Mots-clés :** mort-né, perte de grossesse, enfant suivant, relation mère-bébé.

---

A experiência da maternidade denota o desenvolvimento de dois indivíduos: um bebê e uma mãe. Durante esse processo são desencadeadas inúmeras mudanças e conflitivas psicológicas, sociais e biológicas. Além disso, novos papéis são adquiridos, o que exige uma adaptação por parte da mulher a essa experiência (Maldonado, 1976).

A maternidade passa a se concretizar para a mulher desde a gestação, que se caracteriza por ser um processo com duas realidades distintas: orgânica e psíquica. Em consequência disso, esse período é considerado como sendo de grande vulnerabilidade física e emocional, tornando-se uma vivência desafiadora (Maldonado, 1976). Compreende-se que a gestação se caracteriza como um período regressivo, no qual são vivenciados sentimentos de ambivalência e ansiedade (Maldonado, 1976; Soifer, 1980).

Durante a gestação, segundo Aragão (2007), a mulher tem a tarefa de incorporar o feto como um objeto de investimento narcísico. Assim, o bebê se constitui como um paradoxo, pois a mãe incorpora a criança ao seu narcisismo infantil, mas também passa a compor esse bebê como “representante do novo, do que poderá vir reparar, refazer, retomar para melhorar aquilo que antes falhou” (Aragão, 2007, p. 100). A autora destaca que o tempo cronológico da gestação favorece esse investimento narcísico da mãe em seu bebê. À medida que a gravidez avança, o feto ganha forma no psiquismo materno, deixando de ser percebido como estrangeiro.

É possível observar, desde o início, a vivência dessas mudanças no psiquismo da mulher. Segundo Winnicott (1988), nessa etapa emerge a preocupação materna primária. Especialmente nos últimos meses de gestação, a mulher desenvolve um estado de sensibilidade aumentado, como um adoecimento psíquico normal. Nessa condição, fica mais regressiva e retraída, afastando-se da realidade. Esse estado de maior sensibilidade a capacita para identificar, compreender e se adaptar às necessidades do bebê.

Dessa forma, a mulher passaria a vivenciar a maternidade desde o período gestacional, pois desde aí são identificados sentimentos correlatos à maternidade. Estudo realizado, por Piccinini et al. (2008), com 39 gestantes primíparas gaúchas (19 a 37 anos), constatou que, no terceiro trimestre, as participantes já se sentiam voltadas para o bebê, desenvolvendo cuidados

com a alimentação, redirecionando objetivos de vida, reorganizando seu tempo e mudando hábitos. Segundo os autores, isso demonstra o estabelecimento do papel materno, sugerindo a gravidez como parte da maternidade propriamente dita.

Frequentemente a gestação culmina no parto, momento em que a mãe espera ter, em seus braços, o filho. Todavia, esse desfecho não se faz possível quando o bebê morre no ventre materno. Conceitua-se como natimorto ou perda fetal a morte do produto de concepção antes da expulsão completa do corpo da mãe; nessas circunstâncias, o feto não apresenta sinal de vida ao nascer (Aguiar et al., 2008). Essa situação de perda gestacional (PG), por não se assemelhar ao que comumente é esperado nos nascimentos, muitas vezes é vivida de forma invisível. Essa invisibilidade pode afetar as experiências emocionais das mulheres, pelo não reconhecimento de seus afetos (Freire, 2012; Murphy & Cacciatore, 2017).

### **Voltando para casa de braços vazios: Desdobramentos psíquicos do luto e do trauma maternos**

A cobrança social para gerar filhos coloca a mulher em uma situação de fragilidade e insegurança quando esse desejo é impossibilitado ou o bebê não sobrevive. A morte do feto configura-se como um evento surpresa, para o qual ninguém está preparado. Choque e desorientação são dois sentimentos relatados pelos pais ao receber essa notícia (Kelley & Trinidad, 2012). Esse cenário de dor, de cobrança e de invisibilidade social carrega em si um potencial traumático (Aguiar & Zornig, 2016), que pode influenciar na vivência do luto pelo filho natimorto (Freire, 2012).

Acerca do trauma, no texto *Além do Princípio do Prazer* (Freud, 1920/2011a), Freud aborda que o psiquismo possui uma espécie de “membrana” que protege o seu interior das excitações de fora, enfraquecendo-as. Por isso, tais excitações adentram no psiquismo com menor intensidade. O trauma seria o resultado de uma excitação que adentra com tanta intensidade que rompe essa proteção e invade o sujeito. Nesse sentido, configuram-se como traumáticos os eventos que o escudo protetor não foi capaz de barrar, devido à intensidade e ao excesso de energia advindas. Quando isso ocorre, o psiquismo fica impossibilitado de atribuir sentido ao acontecimento real e se desorganiza (Freud, 1920/2011a).

Esse impacto energético faz com que o psiquismo busque soluções possíveis. Sendo assim, aquilo que adentra ao sujeito como dor ganhará significado ou não mediante os seus desdobramentos psíquicos, existindo, segundo Maia (2003), dois desfechos potenciais: uma afetação traumática subjetivante ou dessubjetivante. A primeira diz respeito à capacidade de potencial criativo do sujeito frente àquilo que se apresenta, trazendo movimento ao psiquismo. Já a segunda refere-se à impossibilidade de elaboração, fazendo alusão a uma paralisação/bloqueio para a criação de uma nova organização psíquica frente ao ocorrido.

Pelas características já mencionadas, considera-se que a PG pode ter um potencial traumático. A morte fetal, e a consequente PG, complexifica o desinvestimento materno no filho. Conforme Freire (2012, p. 25), nesses casos, “o sofrimento psíquico ... é tripla: a mãe sofre um luto pela morte do filho, pela impossibilidade de ser mãe e pela não validação social de seu luto”. Diante disso, o luto decorrente dessa perda é entendido como um processo singular, pois essa perda facilita a permanência da mãe no estado melancólico.

Freud (1915/2011c), em *Luto e Melancolia*, refere que a condição melancólica carrega dois desfechos. O primeiro deles está relacionado às características de luto normal e o segundo se refere ao desfecho da libido investida no objeto perdido. Ou seja, além da reação à perda do objeto, o indivíduo redireciona a energia antes disposta sob ele para o seu próprio Eu. Por conseguinte, além de vivenciar um desinteresse pelo mundo exterior, sofre “uma diminuição da autoestima, que se expressa em recriminações e ofensas à própria pessoa e pode chegar a uma delirante expectativa de punição” (Freud, 1915/2011c, p. 173). Isso foi observado em estudo com um grupo de mulheres que haviam sofrido aborto espontâneo e perda fetal tardia, em Brasília. Conforme Freire e Chatelard (2009), as participantes encontravam-se em um enlutamento melancólico de longa duração. Segundo Aguiar e Zornig (2016), quando o bebê morre, a mãe não encontra o objeto que lhe confortaria diante dos sentimentos hostis presentes na gestação. Isso permite compreender a permanência das mulheres nesse enlutamento melancólico. Frente à impossibilidade de exercer a função materna e à privação do conforto que a figura real do bebê proporciona, a mãe vai se encontrar com a realidade e o decorrente sentimento de vazio, já que um pedaço da representação narcísica do feto no psiquismo materno é amputado (Aguiar, 2016).

### **Seguindo em frente: Vivendo uma nova gestação após a experiência de perda gestacional**

Conforme exposto, a maternidade mobiliza um intenso trabalho psíquico, que permite que o bebê se torne um objeto familiar ao corpo e ao psiquismo materno (Aragão, 2007). Quando um evento traumático, como a PG, se interpõe entre uma gestação e outra, pode influenciar na maneira como transcorre a construção e o investimento em um novo bebê. Assim, um evento traumático prévio pode ter um impacto direto na qualidade da relação mãe-bebê na gestação e também após o parto (Freire, 2012). A literatura tem destacado que o impacto da PG em gestações subsequentes costuma ser frequente. Uma revisão da literatura realizada por Mills et al. (2014) destacou que mulheres que tiveram perda perinatal engravidaram de novo nos primeiros 18 meses que se seguiram à perda.

Segundo Szejer e Stewart (1997), os aspectos “ditos” e “não ditos” anteriores à gestação e ao nascimento da criança repercutem futuramente no psiquismo da mesma e na relação dela com o seu entorno. Estudos têm destacado que é comum, na gestação seguinte, a mulher vivenciar sentimentos de ansiedade exacerbados, depressão, medo e insegurança. Esses sentimentos tendem a se intensificar no fim da gravidez (Murphy & Cacciatore, 2017; Üstündağ–Budak et al., 2015). Nessa direção, estudo qualitativo, realizado por Campbell-Jackson et al. (2014) no Reino Unido, constatou que a criança nascida subsequentemente despertou sentimentos relacionados à gestação anterior. Durante essa nova gestação, os pais demonstraram ansiedade e exibiram comportamentos de preocupação exacerbados com o bem-estar do bebê, aparentando dificuldades para a vinculação com ele até mesmo após o nascimento. Assim, a vivência de perda repercutiu sobre o comportamento de ambos os genitores para com o novo filho.

A pesquisa conduzida por Üstündağ-Budak et al. (2015), no Peru, identificou que as mulheres se sentiam conectadas com o bebê que morreu e demonstravam ambivalência diante da notícia de uma nova gravidez. Após o parto do filho subsequente, manifestaram sentimentos de alegria pela vida dele e tristeza pela morte do filho anterior. Elas perceberam esta gestação como uma traição para com o filho morto e demonstraram ansiedade e preocupação em relação ao futuro, desorganizando-se com este nascimento. Portanto, esse estudo também revelou o impacto da PG na relação mãe-filho subsequente.

Nessa mesma direção, o estudo de Turton et al. (2009) constatou dificuldades maternas para o estabelecimento de vínculo com o filho nascido após uma vivência de PG. A partir dos dados obtidos junto a 52 mulheres do Reino Unido, os autores identificaram nas mães uma crítica elevada frente aos comportamentos infantis, uma atmosfera emocional menos harmoniosa (quando comparada à atmosfera do grupo controle, sem histórico de morte fetal), e baixo envolvimento com a criança. Quanto aos filhos, houve índices modestos, mas consistentes, de vulnerabilidade psicológica. Essas crianças manifestaram dificuldade de se relacionar com os pares.

Esses achados parecem indicar que, algumas vezes, os pais colocam os filhos nascidos após um evento doloroso (como uma PG) em uma situação insustentável (Szejer & Stewart, 1997). A criança pode passar a ser um objeto substituto, no qual são depositadas as inseguranças e questões não resolvidas da gestação anterior. Essas projeções inconscientes fazem com que ela sinta que jamais estará à altura do irmão morto, que se configurou apenas como criança ideal e não real. Logo, cresce sendo mal-amada ou “insuficientemente amada” (Szejer & Stewart, 1997, p. 67). Constata-se como uma nova gestação, após um evento com potencial traumático como a PG, convoca inúmeras conflitivas, as quais podem desfavorecer o acolhimento parental para com os filhos subsequentes, impedindo-os de investir e exercer o cuidado. Por isso, torna-se relevante estudar a temática da PG, a fim de melhor compreender os aspectos envolvidos no fenômeno e promover maior visibilidade social ao tema. O padecimento psíquico vivido nessa situação merece uma escuta sensível, uma compreensão e uma intervenção acuradas. Sendo assim, no presente estudo buscou-se investigar a experiência de mulheres que tiveram uma nova vivência de maternidade após uma PG ocorrida a partir das 20 semanas de gestação.

## Método

### Delineamento

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e transversal. A investigação qualitativa tem cunho interpretativo sobre os conteúdos que se apresentam e permite levar em consideração, nessa interpretação, os aspectos individuais, a história de vida do sujeito, e o contexto social e cultural no qual ele está inserido (Creswell, 2010).

### Participantes

Participaram do estudo duas mulheres que, após vivenciarem uma PG, engravidaram novamente. A escolha das participantes se deu por conveniência, caracterizando uma amostra não probabilística (Laville & Dionne, 1999). Foram utilizados como critérios de inclusão: idade superior a 18 anos; vivência de PG a partir de 20 semanas, com nascimento do bebê morto, e de nova gestação após a PG, tendo o bebê subsequente idade inferior a um ano. Optou-se por esse parâmetro de idade do filho nascido após a PG em função da maior intensidade das lembranças da mãe em relação à gestação, parto e puerpério, o que se entendeu que auxiliaria no relato das experiências investigadas neste estudo. A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das participantes e os dados clínicos referentes às duas gestações, respectivamente.

**Tabela 1***Dados sociodemográficos das participantes e dados clínicos das gestações*

| <b>Dados Sociodemográficos</b>                                | <b>P1</b>             | <b>P2</b>                |
|---|-----------------------|--------------------------|
| Idade (anos)  | 27                    | 24                       |
| Estado Civil  | Casada                | Com companheiro          |
| Escolaridade  | Ensino médio completo | Ensino superior completo |
| Profissão   | Servidora pública     | Secretária               |
| Número de gestações   | 2                     | 2                        |
| Número de perdas fetais                                       | 1                     | 1                        |
| <b>Dados Gestacionais</b>                                     |                       |                          |
| Sexo do natimorto   | Feminino              | Feminino                 |
| Período gestacional da perda (semanas)                        | 20                    | 29                       |
| Classificação do óbito fetal                                  | Precoce               | Tardio                   |
| Causa da morte fetal  | Síndrome de Turner    | Sem causa definida       |
| Tempo transcorrido entre a perda e a nova gestação (em meses) | 4                     | 5                        |
| Sexo do filho subsequente                                     | Masculino             | Masculino                |
| Idade do filho subsequente (meses)                            | 4                     | 12                       |

## Instrumentos

Para o levantamento de informações gerais sobre as participantes e as gestações foram aplicadas três fichas: (1) Ficha de Dados Sociodemográficos; (2) Ficha de Dados do Natimorto e (3) Ficha de Dados do Filho Subsequente. Estas permitiram coletar informações para a caracterização e também informações específicas sobre gestações e a PG.

Também foi realizada uma entrevista semiestruturada sobre a experiência da gestação e da maternidade após a vivência de uma PG. Optou-se por esse instrumento por ser flexível, já que, de acordo com Laville e Dionne (1999), possibilita um contato mais íntimo entre o investigador e o público pesquisado, favorecendo uma exploração mais profunda da temática. Foram elencados como temas para serem abordados na entrevista: a experiência subjetiva das participantes em relação à perda fetal, o acolhimento dos familiares, da equipe médica e demais pessoas do convívio social, a experiência da nova gestação e o vínculo com o filho subsequente.

## Procedimentos para a coleta de dados e considerações éticas

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Taquara – FACCAT (Parecer nº 2.474.233) – foi feita a divulgação da pesquisa por meio de redes sociais e de indicações. Oito mulheres entraram em contato e demonstraram interesse em participar do estudo. Dentre essas, duas foram selecionadas por cumprirem os critérios de inclusão. Com elas, fez-se contato telefônico para esclarecer os objetivos do estudo e fazer um novo convite para participação na pesquisa. Após a obtenção do aceite, foram agendados dia, horário e local para a realização da entrevista e o preenchimento das fichas de dados clínicos, o que aconteceu entre os meses de agosto e setembro de 2018. Primeiramente apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e assinatura. Em seguida foram preenchidas pelas participantes as fichas e, após isso, se deu início à entrevista, que foi gravada mediante autorização, para posterior transcrição. A pesquisa considerou, em sua execução, todos os aspectos éticos referidos pelo Conselho Nacional de Saúde nas Resoluções 510/2016 e 466/512.

## Procedimentos para a análise de dados

Após a transcrição das entrevistas, foram realizadas repetidas leituras para a análise de conteúdo na modalidade aberta (Laville & Dionne, 1999). Conforme destacado por Laville & Dionne (1999), a análise de conteúdo possibilita “um estudo

minucioso dos conteúdos” (p. 214), conservando a forma literal dos dados, permitindo, assim, uma compreensão das temáticas e seus significados.

Foram criadas três categorias de análise, que permitiram organizar os conteúdos da entrevista e selecionar trechos ilustrativos das falas das participantes: 1) experiência materna permeada por aspectos traumáticos e excessos pulsionais diante da impossibilidade de gerar filho vivos; 2) a nova gestação e seus enlaces; e 3) a sombra do filho morto que recai sobre o filho vivo e o impacto na relação da dupla mãe-bebê. Após a construção das categorias pela primeira autora, foi feita uma revisão das mesmas e dos trechos de fala das participantes pelo terceiro autor do artigo, a fim de verificar a pertinência de sua alocação. Nessa etapa, dúvidas foram dirimidas por consenso entre os juízes.

## Resultados e Discussão

Os resultados da análise de conteúdo são apresentados a seguir. Cada categoria temática foi definida e ilustrada com trechos das entrevistas. De forma integrada à apresentação dos resultados consta a discussão dos achados com base na perspectiva psicanalítica e na literatura sobre o tema.

### **Experiência materna permeada por aspectos traumáticos e excessos pulsionais diante da impossibilidade de gerar filhos vivos**

A notícia da morte do filho no ventre materno se constitui um evento inesperado, visto que esse desfecho quebra a ordem natural de nascer, crescer e morrer (Aguilar, 2016). Esse aspecto surpresa da PG foi observado nas participantes: “O médico só colocou ali o aparelhinho e falou para nós: ‘O teu bebê não tem batimentos’. Foi horrível!”(P2). Essa realidade inesperada de nascimento e morte causa desorientação e negação da realidade: “Parecia que meu mundo ia desabar, eu não sabia o que eu ia fazer... parecia que aquilo não era real” (P1).

Perante a carga energética que ingressa e transborda no aparelho psíquico, as participantes demonstraram dificuldades em atribuir um sentido a essa experiência, descrevendo-a como um momento inexplicável, permeados por inúmeros tipos de afetos: “É tipo velórios assim, enquanto eu estava lá ... aquela coisa louca de sentimentos” (P1); “É horrível, não dá para explicar, depois que passa parece que não dá para explicar” (P2). Essa dificuldade em encontrar palavras para descrever o evento e também a desordem relacionada às emoções são aspectos indicativos do traumático. Nas situações em que uma via traumática se instaura no sujeito, o psiquismo fica impossibilitado de encontrar sentido para o evento (Maia, 2003).

Pode-se observar, também, que a dor do parto e a dor do trauma se sobrepuseram para as participantes, causando um grande desconforto: “Aí, foi bem triste, porque é a materialização [choro] .... Foi sem dúvida um momento que eu jamais vou esquecer” (P1); “Foi horrível, porque eu fiquei muito tempo em trabalho de parto e a dor era horrível. Tanto a dor emocional quanto a dor física” (P2). Devido ao investimento narcísico lançado sobre o filho, e mediante o contato com a realidade da morte do bebê, objeto para o qual eram direcionados os investimentos maternos, o psiquismo precisa dar rumo aos impasses que se apresentam em decorrência ao excesso traumático, experimentando uma vivência de dor. Conforme destacado por Nasio (2007), a dor vivenciada por indivíduos em situação de luto decorre desse excesso traumático. A mulher, nessa situação, vivencia as dores físicas relacionadas à expulsão do feto do corpo e também a dor emocional derivada dos excessos pulsionais em seu psiquismo.

No que se refere ao investimento narcísico materno nos bebês perdidos, observou-se diferenças nas participantes. Para P1, o feto pareceu ainda não se constituir como um bebê imaginário: “Eu não fiz questão de ver, pois não tinha um nenê, não foi uma gestação que... não tinha um nenê eu digo assim: ossinhos, cabeça, 100% formado” (P1). Nessa fala, além do conteúdo relacionado à ordem do real, referindo-se ao corpo do bebê, parece estar implícito um aspecto relativo ao lugar de “estrangeiro” que esse bebê ocupava no psiquismo materno; ainda não havia um bebê imaginário completamente formado no psiquismo da mãe. Isso pode ter ocorrido devido ao menor tempo gestacional (20 semanas), que acarretou um menor investimento. Aragão (2007) destaca que o tempo gestacional é um fator importante a considerar, pois pode favorecer o investimento da mãe no bebê. Assim, quanto mais avançada a gestação, mais familiar o feto é para ela.

Por outro lado, para P2, com uma gestação de 29 semanas, o feto já não pareceu tão estrangeiro ao corpo materno, estando mais investido narcisicamente e incorporado ao Eu. Em consequência, quando ocorreu a retirada do bebê, seu comportamento foi diferente daquele de P1, pois ela demonstrou um desejo de ver o bebê e de saber como ele era:

Eu precisava ver como eram as mãos, o rosto, o corpo, porque eu não consegui ver, porque elas botaram um pano e eu só consegui ver o rosto, sabe? ... Eu queria ver ela, para saber, porque eu carreguei no ventre, né, sete, quase sete meses. (P2)

Diante disso, o tempo de gestação (29 semanas) pode ter facilitado as projeções e as identificações da P2 com o bebê. Conforme destacado por Aguiar e Zornig (2016), a mãe faz um luto pelo objeto perdido e também pelos aspectos de seu narcisismo projetado no bebê que não nasceu. Assim, os pais perdem tudo o que o bebê significava e a libido livre não se desloca para outros objetos, sendo direcionada para o Eu. Em consequência desse redirecionamento de energia, ocorre uma identificação do ego da mãe com o objeto perdido. Pode-se observar uma identificação egóica da P2 com o objeto perdido, o que a dificultou reconhecer o que foi perdido no momento do parto, demonstrando um grande desejo de ver o bebê e saber como ele era. Pensa-se que esse movimento também decorre da tentativa de diferenciar o filho morto de si mesma.

A partir das considerações de Freud (1917/2011c) sobre os desfechos de luto e melancolia, percebeu-se um estado mais característico da melancolia na P2, expresso por meio do sentimento de culpa pela morte da filha:

Eu pensava: “o que eu fiz que poderia ter acontecido isso?”, sabe?! E sei lá, de ter falado alguma coisa. Daí as vezes eu pensava: mas será que eu tinha que ter engravidado agora, sabe?! Tentava me culpar... Eu não fiz nada assim, mas tentava me culpar pelo acontecido. (P2)

Esses sentimentos podem se caracterizar como uma tentativa de punição pela incapacidade de gerar um filho vivo e uma maneira de se recriminar pelos sentimentos de ambivalência observados durante a gestação (Freire, 2012).

Uma vez que o objeto perdido não se configura como real, pois não veio a nascer vivo, a mãe fica impossibilitada de realizar um teste de realidade (Aguiar & Zornig, 2016). Percebe-se, então, uma dificuldade em atribuir um status de objeto real a esse bebê, como visto no relato da P1: “Eu fui mãe ou não fui mãe? Eu tive um bebê ou não tive? Tinha uma filha, ou não, não foi nada, por que não veio a nascer? Então é muito confuso isso”. Essa confusão pode se dever à falta de dados que comprovem a realidade da existência desse bebê para a mãe. Esse tipo de parto é acompanhado pelo silêncio; não há choro e os sinais da existência do bebê são retirados do ambiente. Assim, ao passo que o bebê existiu apenas no psiquismo e imaginário materno, surge a dúvida acerca do aspecto real concedido ao feto. Diante disso, a maternidade está privada para essas mães, já que “a realidade, em vez de exigir a retirada da libido investida nas ligações com o objeto perdido, os lança em um estado de confusão” (Aguiar & Zornig, 2016, p. 276). Essa privação da maternidade pode ser observada a partir do relato da P2: “Porque daí antes... eu era mãe, mas eu não tinha, né, a maternidade em si”.

### **A nova gestação e seus enlaces**

O desejo de ter um filho não está apenas relacionado com uma vontade consciente. Ao contrário, ele expressa aspectos inconscientes. Conforme descrito por Freud (1914/2011b), em *Introdução ao Narcisismo*, o desejo de ter filhos engloba uma aspiração maior, que é o anseio de imortalidade do ego. Dessa maneira, aos filhos são designados todos os feitos não conquistados pelos pais, o que estende o narcisismo parental (Freud, 1914/2011b). Logo, a insistência em uma nova gestação após uma PG pode estar relacionada a esse desejo de eternizar o ego no filho, feito que ficou impedido na gestação anterior, devido à morte fetal. Nesse sentido, ambas as participantes demonstraram um desejo intenso de engravidar novamente: “Eu estava numa ansiedade, a gente queria muito um filho” (P1); “Eu tinha muita, muita vontade de engravidar de novo, muita ansiedade de engravidar, de ter outro filho” (P2).

Considerando a experiência anterior, na qual o bebê faleceu antes do nascimento, observou-se, nos relatos das participantes, sentimentos de medo e insegurança de que esse desfecho de morte e dor se repetisse:

Até passar o raio da translucência, que é a partir de 12 semanas, que é quando se vê se está normal ou não, também foi muito tenso, porque se tinha muito medo de que pudesse acontecer tudo isso de novo, né. ... com sete ou oito semanas eu tive um episódio forte de enjoo e aí eu lembro que eu tive medo de perder, porque a gente faz muita força para vomitar e tal. Durante esse episódio, eu tive medo de perder de novo. (P1)

Eu só fui contar assim para a família em geral ... quando eu estava de quatro meses, quase cinco. Antes disso eu não quis contar, de medo de perder. (P2)

Esses sentimentos são semelhantes aos achados de outros estudos, que destacaram que é comum, na segunda gestação, a mulher vivenciar ansiedade exacerbada, medo e insegurança (Murphy & Cacciatore, 2017; Üstündağ-Budak et al., 2015). Conforme apontado por Campbell-Jackson et al. (2014), a criança nascida após uma morte fetal desperta nos pais sentimentos relacionados à gestação anterior. Esses sentimentos estão relacionados ao abalo narcísico sofrido na gestação prévia. O medo de perder o filho novamente está relacionado à experiência traumática anterior, que ainda permeia o psiquismo materno (Freire, 2012).

Conforme já destacado, a gestação, por si só, é um período em que há maior permeabilidade psíquica relacionada a aspectos inconscientes. Conflitos psíquicos são mobilizados, caracterizando-a como um momento regressivo (Soifer, 1980). Devido a essa característica regressiva, uma nova gestação poderá permitir maior acesso aos medos, anseios e aspectos não

resolvidos vivenciados em gravidezes anteriores, favorecendo o contato com inúmeros conflitos psíquicos e propiciando o enfrentamento dos impasses não resolvidos. No entanto, pode-se observar que essa regressão a aspectos da gestação anterior, que se configurou como traumática, não foi vivenciada pela P1; o acesso a lembranças da gravidez anterior não foi suscitado:

Eu não falava disso, eu achava que eu tinha isso resolvido. Eu queria muito ser mãe. Deu ali o período, acho que de 30 dias, que não podia engravidar, e depois em seguida eu já segui tentando. Depois de três meses da perda, eu já engravidei de novo, né?! E daí eu tive uma gestação maravilhosa, foi tudo maravilhoso, e não pensava mais naquilo. Eu achava que isso estava resolvido, mas na realidade eu tinha posto numa caixinha e tinha deixado guardado, sabe? (P1)

Supõe-se que isso decorre da dificuldade dessa participante de entrar em contato com o evento traumático da PG. Em uma tentativa de se defender dessas memórias de dor, a P1 lança mão de defesas que a impedem de lembrar da gestação prévia. Contudo, não foi possível identificar as defesas ou mecanismos por ela empregados para levar isso a cabo. Por outro lado, na P2 percebe-se um movimento contrário, pois ela relatou que as lembranças eram mais frequentes: “Lembrava, lembrava bastante assim. Quando eu fiquei grávida do meu filho, eu chorava bastante de saudade da minha filha”. Diante dessa afirmação, percebe-se que a realidade da PG estava mais presente para esta participante durante a segunda gestação, indicando que lembranças e sentimentos relacionados à gestação anterior estavam mais livres e conscientes. Ao relatar sentir saudade da filha que morreu, podemos observar que ainda havia um investimento libidinal direcionado a esse objeto, o que pode ter dificultado o seu investimento na segunda gestação.

Esse investimento objetual pode ser observado também nos preparativos para a chegada do bebê, como a organização do enxoval e do quarto dele e a realização de sessões de fotos para registrar a gestação. Esses movimentos direcionados ao feto vão introduzindo o bebê no psiquismo materno, transformando-o em um objeto familiar (Freire, 2012; Aguiar, 2016). Ao se referir à preparação do enxoval e demais aspectos na segunda gestação, a P2 afirmou:

Na outra gestação, da minha filha, eu tirava foto toda semana, não, todo mês, sabe? Na do meu filho, assim, eu não quis fazer, não sei o porquê, mas eu não quis fazer. Não dei muita ênfase para esses detalhes assim, sabe?! (P2)

A partir desse relato ficou evidente a dificuldade da participante de investir na nova gestação, visto que a energia do ego estava ainda voltada para o objeto perdido. Essa dificuldade de vinculação com o filho subsequente corrobora os achados de Freire e Chatelard (2009), que salientam que as mulheres pouco investem na nova gravidez, por defesa contra o medo de reviver a perda anterior.

Devido aos aspectos traumáticos vinculados à gestação anterior, a nova gestação é permeada por inúmeros enlaces decorrentes dessa vivência. Assim, compreende-se que acontecimentos dessa magnitude “cobram seu preço” e que, mesmo esses conflitos não estando conscientes, impactam significativamente na vida dos sujeitos e no investimento na nova gestação, como observado nos casos. Esses achados concordam com a afirmativa de Szejer e Stewart (1997) de que aspectos ditos e não ditos anteriores à gestação repercutem na relação com o filho nascido subsequentemente à perda. Esses enlaces referentes à gestação anterior e à repercussão da perda gestacional no psiquismo materno durante a segunda gestação puderam ser observados nos relatos acima.

### **A sombra do filho morto que recai sobre o filho vivo e o impacto na relação da dupla mãe-bebê**

Para além dos aspectos apontados, questionou-se acerca do impacto da PG após o nascimento do filho subsequente. Esta categoria busca discutir aspectos desse impacto na constituição da relação da mãe com este novo filho. O nascimento de um filho é, para os pais, uma possibilidade de reaver suas feridas narcísicas. Dessa maneira, a criança tem a função de resgatar o narcisismo parental, representando aos pais uma oportunidade de rever seus conflitos infantis e trazendo a expectativa de enfrentamento dos mesmos. A criança, portanto, carrega uma função de reparação do narcisismo parental (Aguiar, 2016; Aragão, 2007).

Embora a PG interrompa essa função reparadora da criança, causando uma ferida narcísica na mulher (Aguiar & Zornig, 2016), na gestação subsequente, na qual o filho nasce vivo, foi observado, pelos relatos, a atribuição intensificada a ele dessa função de reparação narcísica. É como se o filho tenha vindo tanto para reparar os conflitos infantis dos pais como também para preencher o vazio deixado pelo irmão que morreu.

Desse modo, os filhos subsequentes à PG parecem carregar consigo a missão de reparação da gestação anterior, no sentido de amenizar a dor da perda e trazer alívio aos pais:

Fiz vários testes, até no meu trabalho. Eu não aguentava esperar para chegar em casa para fazer o raio do teste. A gente queria muito, então foi um alívio, uma felicidade de “ah, agora vai!”. (P1)



Eu sempre via no meu filho o meu remédio da minha saudade. Tipo, quando eu chorava e pensava na minha filha, eu olhava para ele e ele me dava força assim, sabe? Ele me dava ânimo para continuar, porque a saudade sempre fica, né, mas, quando eu olhava para ele, eu me animava. (P2)

Conforme ressaltado por Szejer e Stewart (1997), os pais colocam em uma situação difícil os filhos nascidos após o evento doloroso. A criança passa a ser um objeto substituto, no qual são depositadas as inseguranças e todas as questões não resolvidas da gestação anterior. Diante desses desígnios ao filho que nasce vivo, também podemos observar um movimento da P2 de projeção do filho morto no vivo, ao relatar semelhanças de traços físicos entre eles: “Ele nasceu bem parecido com ela. Logo quando ele nasceu, a foto dele era bem parecidinho com ela, sabe? Aí, quando eu olho para ele, eu tento achar traços nela... tipo traços dela nele”.

É sabido que o vínculo mãe-bebê tem papel de destaque no desenvolvimento da criança. Assim como o bebê necessita adaptar-se às novas demandas do ambiente após o nascimento, a mãe também se encontra em tal situação de adaptação ao bebê desde a gestação. Em relação a isso, as participantes demonstraram dificuldade para se conectar com seus filhos:

Até então, estava muito mecânico entre eu e ele. Eu tinha que fazer ele dormir, dar banho, trocar fralda, dar de mamar, mas isso era uma coisa assim: estou fazendo isso e tal. A gente não tinha se conectado ainda como mãe e filho, sabe? Aquela coisa dos olhos, aquela coisa dele se aquietar quando está no meu colo, de reconhecer que eu sou a mãezinha dele, aquela coisa toda. (P1)  
Tu está ali, mas tu é mãe. Mas tu não sabe o que ele está sentindo. (P2)

Dessa forma, podemos compreender que a PG impactou a relação com o filho nascido depois. Parece que, em certa medida, as participantes não desenvolveram o que Winnicott (1988) denominou como preocupação materna primária. Devido a essa impossibilidade, essas mães encontraram dificuldades para reconhecer as necessidades do bebê e também para se conectar com ele, desenvolvendo um cuidado mecânico. Nesse tipo de cuidado, as tarefas de alimentar, dar banho e trocar eram desempenhadas sem conexão emocional entre a dupla, o que gera um descompasso entre mãe e filho.

Ao ser questionada acerca do impacto da PG na gestação subsequente, a P1 alegou que:

Eu não imaginava que isso poderia acontecer, não desejei que isso acontecesse, não tinha noção que isso aconteceu até ser provocada. Provavelmente, se eu tivesse ido em outro pediatra, que não tivesse essa visão mais psicológica, essa coisa de me fazer falar, de ir me perguntando, perguntando, se fosse alguém que não enxergasse isso, eu ia passar, sei lá eu quantos anos, e não ia saber que a perda da minha filha tinha impactado na minha relação com o meu filho. (P1)

Outro aspecto a destacar se refere ao fato de as participantes deste estudo terem vivenciado a perda de bebês do sexo feminino, seguidas por gestações de bebês do sexo masculino. Pensa-se que essa diferença deveria ser considerada, uma vez que o sexo do bebê pode ter impacto sobre a relação mãe-bebê, uma vez que a formação do apego sofre influência de características da criança, dentre elas, o seu sexo biológico (Karakas & Dağlı, 2019), e as mulheres podem ter preferência por um determinado sexo para o(a) filho(a) (Daglar & Nur, 2018).

No caso das participantes deste estudo, essa diferença entre o sexo do filho perdido na gestação e o sexo do filho subsequente pode ter ajudado as mães a discriminarem o bebê vivo daquele que morreu, marcando a diferença entre eles a partir da diferenciação genetal. Mesmo assim, ainda foram observados impactos importantes da perda na relação mãe-bebê, conforme discutido anteriormente. Destaca-se que nas entrevistas esse aspecto não foi um foco a ser observado e talvez por isso pouco tenha sido mencionado. Frente a isso, pensa-se que esse é um aspecto que mereceria ser aprofundado em estudos futuros.

Diante do exposto, constatou-se que a PG repercutiu no investimento emocional das participantes na nova gestação, assim como na relação estabelecida com o filho subsequente. Dessa forma, a sombra da morte fetal parece recair sobre as próximas gestações e filhos, deixando um rastro, uma marca que tanto o filho como a mãe carregam em seu viver.

### **Considerações finais**

O presente estudo buscou investigar a experiência de mulheres que tiveram uma nova vivência de maternidade após uma PG ocorrida a partir de 20 semanas de gestação, colocando em evidência esse fenômeno permeado pela invisibilidade social. A perda de um filho revelou ter impacto importante para as participantes desse estudo, se instaurando como uma experiência traumática, a qual teve um atravessamento direto na vivência da gestação e na relação com o filho subsequente.

Ao longo deste trabalho, buscou-se ressaltar a singularidade da experiência materna diante do investimento emocional em uma nova gestação. Por se contar com apenas duas participantes, não se pode estabelecer generalizações acerca das experiências vivenciadas por mulheres diante de uma gravidez que se segue a uma PG. Considerando a singularidade das experiências humanas, os dados desse estudo podem não retratar outras vivências de mulheres que passaram pela mesma situação. No

entanto, de forma geral, os resultados do presente estudo corroboram achados de pesquisas nacionais e internacionais sobre a temática (Aguiar, 2016; Freire, 2012; Mills et al., 2014; Murphy & Cacciatore, 2017; Turton et al., 2009; Üstündağ-Budak et al., 2015).

Ainda é escassa a produção científica nacional acerca do investimento emocional materno em uma gestação que se segue a uma PG. Por isso, novos estudos são necessários para a compreensão do fenômeno, pois os achados do presente estudo não esgotam a temática. É importante investigar melhor o desejo recorrente de gestar um filho e os motivos pelos quais as mulheres buscam ou não uma nova gestação após uma PG. Além disso, sugere-se investigar a ocorrência ou não de prejuízos para o desenvolvimento dos filhos subsequentes ainda na infância, bem como o impacto da PG nos demais membros da família, incluindo a experiência paterna diante de uma PG ou mesmo dos avós e outros membros da rede de apoio que possam ter sido impactados por esse acontecimento. Por fim, estudos acerca do acolhimento hospitalar dessas gestantes são oportunos, pela repercussão deste aspecto na significação da PG e no enfrentamento desse luto.

## Referências

- Aguiar, H. C. (2016). *Quando a partida antecede a chegada: Singularidades do óbito fetal* [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro]. [http://www.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1412254\\_2016\\_completo.pdf](http://www.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1412254_2016_completo.pdf)
- Aguiar, H. C., & Zornig, S. (2016). Luto fetal: A interrupção de uma promessa. *Estilos da Clínica*, 21(2), 264-281. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281>
- Aguiar, R. A. L. P., Aguiar, M. L. P., & Abbas, A. P. (2008). Mortalidade perinatal. In H. Chaves-Neto, & R. A. M. Sá (Orgs.), *Obstetrícia básica* (pp. 1021-1029). Atheneu.
- Aragão, R. O. (2007). *A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê* [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15630>
- Campbell-Jackson, L., Bezance, J., & Horsch, A. (2014). "A renewed sense of purpose": Mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0423-x>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativos e mistos* (3ª ed.). Artmed.
- Daglar, G., & Nur, N. (2018). Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. *Psychiatria Danubina*, 30(4), 433-440. <https://doi.org/10.24869/psychd.2018.433>
- Freire, T. C. G. (2012). *Transparência psíquica em nova gestação após natimorto* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/11514>
- Freire, T. C. G., & Chatelard, D. S. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9(3), 1007-1022. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v9n3/12.pdf>
- Freud, S. (2011a). Além do princípio do prazer. In: S. Freud, *História de uma neurose infantil: ("O homem dos lobos")*: *Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1929)* (v. 14, pp. 161-290). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1920)
- Freud, S. (2011b). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1917-1916)* (v. 12, pp. 14-50). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1914)
- Freud, S. (2011c). Luto e melancolia. In S. Freud, *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1917-1916)* (v. 12, pp. 171-194). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1917)
- Karakaş, N. M., & Dağlı, F. Ş. (2019). The importance of attachment in infant and influencing factors. *Türk Pediatri Arsivi*, 54(2), 76-81. <https://doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2018.80269>

- Kelley, M. C., & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth-a qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 137. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-137>
- Laville, C., Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Artmed.
- Maia, M. S. (2003). Extremos da alma-clínica, experiência subjetiva e campo de afetação. In *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*. [http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial\\_rj/download/3b\\_Maia\\_34010903\\_port.pdf](http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/3b_Maia_34010903_port.pdf)
- Maldonado, M. T. (1976). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Vozes.
- Mills, T. A., Ricklesford, C., Cooke, A., Heazell, A. E. P., Whitworth, M., & Lavender, T. (2014). Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: A metasynthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(8), 943-950. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12656>
- Murphy, S., & Cacciatore, J. (2017, June). The psychological, social, and economic impact of stillbirth on families. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 22(3), 129-134. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.002>
- Nasio, J. D. (2007). *A dor de amar*. Zahar.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72. <https://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Artes Médicas.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. Casa do Psicólogo.
- Turton, P., Badenhorst, W., Pawlby, S., White, S., & Hughes, P. (2009). Psychological vulnerability in children next-born after stillbirth: A case-control follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1451-1458. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02111.x>
- Üstündağ-Budak, A. M., Larkin, M., Harris, G., & Blissett, J. (2015). Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationships with their living infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0700-3>
- Winnicott, D. W. (1988). Preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 491-498). Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1956)

### Como Citar:

Tavares, S. T. N da S., Gonçalves, T. G., Levandowski, D. C. (2023). Sobre(viver) entre partidas e chegadas: Investimento em nova gestação após perda gestacional. *Revista Subjetividades*, 23(2), e12756. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v23iEsp.1.e12756>

---

### Endereço para correspondência

Sandi Teresinha Nottar da Silva Tavares  
sandintavares@gmail.com

Thomás Gomes Gonçalves  
gomes.thomas@gmail.com

Daniela Centenaro Levandowski  
danielal@ufcspa.edu.br



**Recebido:** 21.06.2021

**Revisado:** 28.09.2022

**Aceito:** 12.10.2022

**Publicado:** 25.05.2023