

Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente

Pregnancy after perinatal death:
concerning the relationship of mother with the survivor baby

Manola Vidal ¹

Abstract *The objective of this study was to investigate the maternal mood after pregnancy and premature childbirth after perinatal loss which is defined as the fetal death occurred in the last weeks of gestation or the newborn in the first few weeks after delivery. The study is part of the work executed during a PhD course in Woman's Health (Fundação Oswaldo Cruz-Instituto Fernandes Figueira) using the qualitative method of research in health for the construction of life histories by means of techniques of opened, non-directive interviews, and participant comment. The field work consisted in accompanying of the double mother-baby during hospitalization and six months after discharge. The sample of the selected subjects was chosen from the relative criterion to the accompaniment by 24 hours of internments with equal or superior duration of 30 days. This article relates one of four histories of constructed lives. The result was the production of knowledge on the state of maternal mood in mothers of premature babies after hospital discharge through the identification of emotional reactions characteristics of a work of mourning linked to specific perinatal loss in its relationship with the syndromes of the "baby of substitution" and "vulnerable child".*

Key words *Baby of substitution, Vulnerable child, Perinatal death, Pregnancy of risk*

Resumo *O objetivo deste trabalho é investigar a experiência emocional materna na gravidez e parto prematuro subsequente à perda perinatal, que é definida como sendo o óbito fetal ocorrido nas últimas semanas de gestação ou o do recém-nascido nas primeiras semanas após o parto. Faz parte do trabalho realizado durante o curso de doutorado em Saúde da Mulher (Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz) que utilizou do método qualitativo de pesquisa em saúde para a construção de histórias de vida através das técnicas de entrevistas abertas, não diretivas, e observação participante. O trabalho de campo consistiu no acompanhamento da dupla mãe-bebê durante a internação e seis meses após a alta hospitalar. A amostra dos sujeitos selecionados foi realizada a partir do critério relativo ao acompanhamento por 24 horas de internações com duração igual ou superior a trinta dias. Este artigo se refere a uma das quatro histórias de vidas construídas. Resultados: produção de conhecimento sobre o estado de humor materno em mães de bebês prematuros após a alta hospitalar, através da identificação de reações emocionais características de um trabalho de luto específico ligado à perda perinatal em sua relação com as síndromes do "bebê de substituição" e da "criança vulnerável".*

Palavras-chave *Bebê de substituição, Criança vulnerável, Morte perinatal, Gravidez de risco*

¹Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, Superintendência de Atenção Básica. Rua México 128, sala 415, Centro. 20031-142 Rio de Janeiro RJ. manolavidal@terra.com.br

Introdução

Trata-se de um trabalho sobre a experiência emocional materna na gravidez subsequente à perda perinatal, que é definida como sendo o óbito fetal ocorrido nas últimas semanas de gestação ou o do recém-nascido nas primeiras semanas após o parto. Foi realizado a partir de uma pesquisa que investigou o humor materno em mães de bebês prematuros após a alta hospitalar durante o curso de doutorado em Saúde da Mulher (Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz).

A situação aqui apresentada trata do acompanhamento realizado com uma mãe e seu bebê prematuro durante o período de internação hospitalar, três meses e quatro dias, e os seis primeiros meses de ingresso em ambiente doméstico. As características da prematuridade se apresentaram como: parto do tipo cesáreo, realizado na vigésima sétima semana de gestação em razão de hipertensão materna, com peso ao nascer de 510 g. A duração da gestação apresentou um risco moderado em relação à mortalidade¹, mas a situação de extremo baixo peso que é classificada com o nascimento entre 401 e 1.500 g possuía um risco evidente. O extremo baixo peso apesar, de ser somente encontrado em pequena porcentagem relativa ao número total de nascimentos, é responsável pelo maior número de óbitos neonatais em nosso país², e ao considerarmos a realidade brasileira³, tais bebês apresentam um índice de mortalidade perinatal 13 vezes mais alto do que bebês com peso e idade gestacional nascidos a termo, e duas vezes mais alto que o de bebês nascidos a termo com retardo de crescimento uterino.

Para essa mãe, tal gravidez foi subsequente a duas perdas anteriores por óbito perinatal que apresentaram a mesma relação entre hipertensão e prematuridade. No decorrer delas, durante a gestação e o parto, a mãe foi assistida pela rede pública da cidade onde reside, que se localiza em região do estado do Rio de Janeiro distante 160 km dos centros de referência que na região metropolitana oferecem cuidado especializado. É, portanto, uma situação que nos remete às dificuldades características da implantação dos processos relativos à regionalização e hierarquização da assistência para gravidez de risco e parto prematuro.

A regionalização da assistência ao recém-nascido prematuro tem uma história recente⁴ que pode ser observada a partir da década de 1970 em países como Canadá, Estados Unidos, Inglaterra e Austrália. Tais países desenvolveram programas de treinamento em nível nacional atra-

vés dos quais há um reconhecimento das medicinas materno-fetal e neonatal-perinatal como subespecialidades da obstetrícia e da pediatria. O processo de implementação da assistência regionalizada e hierarquizada para prematuros de extremo baixo peso esteve ligado a um processo de estreita colaboração entre as famílias, corpo profissional e governo para manutenção da qualidade e disponibilidade dos serviços em regiões geograficamente definidas.

Assim, para essa mãe as características das realidades nacional e estadual em particular, ligadas ao processo de regionalização e hierarquização da assistência à gravidez de risco e parto prematuro, nos aproximam do conhecimento sobre seu processo de difusão, distribuição e utilização no Brasil⁵, no qual encontramos problemas em relação aos custos da assistência intensiva em neonatologia, gerência de equipamentos públicos e competição de recursos escassos.

A sobrevivência desse bebê ligou-se à oportunidade de essa mãe ser transferida para hospital de referência na região metropolitana do Rio de Janeiro, fato que por um lado representou uma oportunidade ímpar, pois como dependente dos serviços públicos de alta complexidade ela esteve entre uma pequena parcela da população que consegue um padrão de atendimento compatível com suas necessidades. Por outro lado, a sobrevivência desse terceiro filho, em razão dos cuidados recebidos, nos traz a oportunidade de observar como a gravidez subsequente à perda perinatal se aproxima do que contemporaneamente se define como sendo as síndromes do bebê de substituição e da criança vulnerável.

As síndromes do bebê vulnerável e da criança de substituição permanecem como modelo para pesquisas sobre a situação de luto perinatal⁶ e têm sua origem no que foi construído a partir do resultado de investigações realizadas sobre as diferentes reações emocionais maternas em situações de luto durante a gestação, período perinatal, primeira e segunda infâncias e latência. Os sentimentos de substituição e a percepção de vulnerabilidade em relação à gravidez e o filho subsequente, referidos à situação específica da perda perinatal, apresentam a singularidade do fato de o bebê perdido não ter sido efetivamente conhecido no convívio de um cotidiano prolongado. Desta forma, a ausência de convívio situa o bebê morto no terreno da idealização diferente da perda de uma criança ou adolescente com quem concretamente se conviveu. Tal panorama teórico⁷ nos indica que as mães implicadas na situação de luto narcísico apresentam um risco potencial de perturbações no vínculo afetivo com os bebês

nascidos subsequentemente, pois não seriam encontrados sentimentos de remorso, característicos e frequentes em situações de perda em que a relação é real e não ideal, mas uma espécie de culpa não consciente que obstaculiza a formação de um novo vínculo afetivo. A nova gravidez inclusive poderia se constituir como impedimento para a elaboração dessa culpa não consciente.

Método

Utilizei o método qualitativo de pesquisa em saúde, através da utilização da técnica de histórias de vida focalizando a partir de determinada unidade temporal o período relativo ao projeto da maternidade após parto prematuro. Realizei uma abordagem desta técnica que é tópica⁸ mas permitiu contemplar o passado, interpretar o presente e realizar projeções no futuro. Trabalhei com entrevistas abertas e não diretivas e com a observação participante, que possibilitaram o desenvolvimento de uma escuta apurada e de uma atitude reflexiva.

O grupo de mães foi composto de puérperas em acompanhamento da internação de seus filhos realizado através do alojamento conjunto por 24 horas (período integral), ou por 12 horas (período parcial). Os critérios de seleção foram: acompanhamento no interior da unidade de atendimento intensivo por um período superior a trinta dias; origem social nas classes trabalhadoras com dependência exclusiva de assistência à saúde oferecida pela rede pública; localização da residência fora da região metropolitana do Rio de Janeiro. A primeira etapa do trabalho de campo foi realizada durante o período do acompanhamento materno da hospitalização do bebê prematuro na Unidade de Tratamento Intensivo em Neonatologia do Instituto Fernandes Figueira, da Fiocruz. Permitiu compreender, através da observação e escuta, como as mães vivenciaram no hospital a experiência da internação a partir de seu estado de humor e de como apreenderam o papel de coadjuvante na assistência durante o período da internação. A segunda etapa do trabalho de campo se realizou após a alta hospitalar, durante os seis primeiros meses de ingresso da dupla mãe-bebê em ambiente doméstico, e possibilitou acompanhar os encontros e desencontros entre as propostas de humanização da assistência e as características da interação da dupla mãe-bebê em ambiente doméstico, bem como observar as características do humor materno no exercício da função parental sem intermediação da equipe técnica ligada à instituição hospitalar.

Ao final da ordenação do material coletado e de sua classificação, selecionei quatro casos para apresentação na tese, que informam sobre o tempo relativo ao acompanhamento da internação, condição social e região de residência, buscando aprofundar a questão do humor materno após a alta hospitalar de bebês prematuros. Este artigo foi produzido através de um recorte realizado em uma das quatro histórias de vida⁹, na qual a experiência da perda perinatal e gravidez subsequente influenciou o humor materno após parto prematuro.

Resultados

As expectativas em relação à sobrevivência do bebê nortearam as relações dessa mãe com a equipe técnica do hospital e modularam a qualidade da interação afetiva com o bebê em domicílio.

Eu ainda não te contei, mas antes dela nascer, faz mais ou menos uns dez anos, eu perdi dois filhos. Um atrás do outro, assim igualzinho a ela. Tive pressão alta, eles ficaram em incubadora e não duraram muito, a menina foi que durou mais 10 dias. Eu olho para ela assim parece que tô vendo a outra, o menino não. Ai eu não quis mais engravidar porque é duro assim, arrumar a criança para colocar no caixão, arrumar a roupinha [chora], e aqui tem tanta criança melhor que ela, assim com um peso maior e que morre, eu não vou aguentar outra situação assim, não vou. Eu fico vigiando, vigiando os remédios, vendo tudo o que acontece aqui dentro. Eu já te falei, olhar para ela assim, aqui em casa, depois de ter saído do hospital, parece um milagre. Eu te falei do menino que eu perdi, não falei? O último, ele era tão grande, não teve esse problema de peso. Tão corado, estava tudo certo para ele sobreviver, não tinha nada grave assim como ela. No hospital ninguém queria me dizer que ele tinha morrido, todo mundo me conhece lá, sabiam que eu tinha perdido a outra. Por isso [chora] quando eu estiver vendo ela andar, assim sem problema neurológico, vai ser assim sobrenatural.

Em relação à predição do desenvolvimento neurológico, foram realizados na instituição os exames clínico e ultrassonográfico, que tinham valor preditivo para recém-nascidos prematuros com peso inferior a 1.500 g que não indicaram hemorragias ou dilatação ventricular (vesícula). Entretanto, a mãe permaneceu aprisionada ao temor de um prognóstico ruim que a manteve durante o período de internação e o das visitas domiciliares em um estado de ansiedade elevado, com frequentes alterações de humor que obstaculizavam a percepção das condições clíni-

cas reais. Durante a internação, ela demonstrava seus sentimentos:

Estou fazendo massagens, vendo as reações dela, não sai da minha cabeça o medo de complicações, vejo essas coisas. Apneia, cianose, e aí observo as reações dela, as reações neurológicas. Eu fico pensando como vai ser se eu tiver de levá-la para a Pestalozzi, eu não queria me imaginar assim, é uma carga pesada demais, fico tão triste, tão confusa. Todo mundo fala que é para ser forte, agüentar, que só o tempo vai dizer. Mas a minha vontade é a de ficar dormindo para o tempo passar rápido e eu ver ela crescida sem problemas. Olhando assim parece que ela não vai crescer [chora], parece um rato, um monstro.

Ela demonstrou ter dificuldades em perceber as competências do bebê em seu processo de desenvolvimento motor, o que foi observado após a alta hospitalar, quando os cuidados em relação aos riscos ligados a ele eram negados.

Eu te falei que ela caiu da cama. Pois é, eu quase morri porque eu pensei na questão neurológica de cair de cabeça, como é que eu podia imaginar que ela ia virar na cama? Não pensei que fosse ser tão cedo! Achei que iria demorar muito. Eu fico preocupada com a questão cognitiva.

Outro aspecto foi a percepção sobre suas próprias competências para cuidar da bebê a partir da relação estabelecida com os profissionais ligados ao ambulatório de segmento, familiares e amigos que acompanharam o ingresso da bebê no ambiente doméstico, como também com sua comunidade, onde era reconhecida como aquela que foi mãe de filhos mortos.

Você viu aquela consulta lá, foi horrível, depois falaram que eu precisava de uma psicóloga porque estava ficando nervosa demais, que assim não ia conseguir ficar bem para cuidar dela. Eu sei que estou ficando neurótica, eu sei, desde que ela nasceu, mas também não é assim. Disseram que ela tem de fazer fisioterapia por causa da hipotonia, e agora? [Eleva o tom de voz.] E agora? E a minha pressão que não abaixa de jeito nenhum? Com os outros não foi assim, ficou alta só na gravidez, e ainda tem as dores de cabeça, no estômago, tá ruim mesmo, viu?

Eu fui muito criticada quando fiquei grávida, a minha chefe falou: “Olha, é para o seu bem, é melhor você não estar grávida depois de tudo que aconteceu, para quê?” Essa aí [aponta para a vizinha] foi uma amigona, quando eu tive a certeza mesmo de “tá” grávida a primeira pessoa que me procurou foi ela.

Ela ficou muito nervosa [disse a vizinha], disse que preferia estar com Aids.

Meu marido fica chateado com o que falam da gente. Outro dia a gente tava aqui na sala e alguém

passou de bicicleta e gritou: “Não sabe fazer filho de nove meses não?”. Ele ficou com o olho cheio d’água. A mesma coisa o médico do posto onde toda hora eu ia e ele me falava para não ter muita esperança. Agora ele me chama para ir lá, quer “vê” ela, não entende como é que um bebê de 510 g sobreviveu.

Discussão

A gravidez subsequente à perda perinatal é frequentemente interpretada¹⁰ como ligada à diminuição do sentimento de fracasso materno e elaboração da perda anterior. Faria parte de um repertório de comportamentos defensivos, cuja finalidade é a de reduzir e/ou suprimir qualquer excitação capaz de desencadear uma representação mental incompatível com o equilíbrio emocional. Na situação aqui tratada, o processo defensivo pode ser compreendido através de mecanismos de defesa que operam de forma inconsciente em relação à dor psíquica, dificultando sua elaboração por meio de uma solução concreta, outra gravidez, outro filho.

Consequentemente, será através dos distúrbios do vínculo mãe-bebê que podemos nos aproximar do que foi descrito como sendo a “Síndrome da criança de substituição”¹¹. Fruto de pesquisas em grupos familiares nos quais ocorreram gestações subsequentes à perda de uma criança no período de latência ou adolescência, tais investigações demonstraram uma expectativa por parte dos pais de que os filhos imediatamente posteriores imitassem o irmão morto, ocasionando o não reconhecimento de suas identidades próprias. Desses estudos se derivou outra descrição, a “Síndrome da criança vulnerável”, descrita a partir de observações sobre um processo de distorção na percepção materna que produz comportamentos de superproteção e hipervigilância em relação à saúde e à segurança das crianças nascidas após a perda. A análise de tais comportamentos apontava para dificuldades emocionais ligadas aos processos de separação e individuação de seus filhos. Embora as descrições dessas síndromes estejam datadas há 25 anos, existe uma certa limitação no relacionamento de ambas ao âmbito da pesquisa perinatal.

A relação entre a perda perinatal e as gestações subsequentes foi primeiramente publicada por Bourne e Lewis¹² na década de 1980, a partir de observações clínicas a respeito de riscos psicológicos ligados a distúrbios mentais maternos, observados na interação com o bebê nascido vivo. Uma linha de investigação foi desenvolvida em torno da observação de que existiria um impedi-

mento da elaboração emocional da perda perinatal, demonstrado através das gestações que se dão no primeiro ano após ela³. Tais pesquisas concluem que o nível de ansiedade na gravidez subsequente é ainda maior do que na anterior, ligando-se a sentimentos de fracasso e culpa que influenciariam a identificação com o papel maternal¹³. Assim, trabalhos sobre estados de ansiedade e depressão característicos das respostas emocionais maternas após a perda perinatal são associados aos resultados obstétricos¹⁴ em trabalhos de investigação sobre a angústia materna ligada aos quadros nosográficos de psicose (esquizofrenia e psicose maniaco-depressiva), depressão neurótica e desordens de personalidade em relação aos resultados obstétricos. São encontrados resultados em que bebês, filhos de mães com depressão neurótica, apresentam baixo índice de Apgar ao nascer (sistema de avaliação de cinco pontos chave: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, cor e irritabilidade reflexa) e maior índice de morte fetal. O exame¹⁵ da sintomatologia depressiva na gravidez demonstra que ela está associada com crescimento fetal retardado, parto prematuro, parto cesáreo e admissões de bebês em unidades de atendimento intensivo.

Cousinier¹⁶ e Davis¹⁷ dizem-nos que as mães após perda perinatal relatavam suas experiências de espontânea, o que não acontecia com aquelas que vivenciavam o período da latência ou adolescência de seus filhos. Os sentimentos de substituição apresentaram uma característica específica que se relaciona ao fato de o bebê perdido não ter sido efetivamente conhecido, o que situa o bebê morto no terreno da idealização diferente da realidade de uma criança ou adolescente com quem concretamente se conviveu. Haveria uma perda ideal e não real para os pais, o que teoricamente nos leva à questão da perda narcísica. As mães implicadas na situação do luto narcísico apresentariam um comportamento ligado ao humor deprimido mais específico.

Heller¹⁸ diz que não se pode trabalhar com a hipótese de um sentimento de remorso, característico de perdas do que é real e não ideal, mas com a questão da culpa não consciente que impediria a formação de um novo vínculo afetivo. A gravidez subsequente impediria a elaboração dessa culpa não consciente.

Conclusão

Apesar de este trabalho investigar a experiência emocional materna na gravidez subsequente às perdas perinatais através de uma experiência que

aconteceu após dez anos delas, podemos interpretar, através da análise das observações realizadas, características do que foi descrito anteriormente como sendo as síndromes da criança de substituição e da criança vulnerável. Desta forma, a aproximação da experiência emocional materna foi realizada a partir da compreensão de situações ligadas à expectativa em relação à sobrevivência e ao desenvolvimento neurológico do bebê, à percepção em relação às competências adquiridas com a maternidade em interação com as competências inatas do bebê e à questão do estigma social pela maternidade de dois filhos mortos e de um bebê prematuro. Tais situações nos possibilitam um aprofundamento da compreensão sobre a elaboração emocional das perdas perinatais e sua forma de luto característica através da qualidade de interação com o bebê sobrevivente.

Assim, nos aproximamos também de um processo característico que é o da construção da identidade parental, em uma situação de risco que produziu questionamentos e avaliações constantes entre o que se idealizava e o que era possível de ser vivido. O rebaixamento da autoestima no decorrer do enfrentamento das dificuldades fez essa mãe dirigir a si mesma e a seu bebê um nível de exigência que pudesse reparar todo o sofrimento ligado às situações de desamparo vividos na relação com as instituições de assistência de sua comunidade e naquela para a qual foi encaminhada. Tal nível de exigência nos aponta a existência de um estado emocional de luto não observável, patológico, relacionado com as perdas perinatais anteriores que não haviam sido elaboradas. Desta forma, observei e pude interpretar que não foi realizado o “trabalho de luto” que somente seria possível a partir de condições¹⁹ até então inexistentes. Tais condições se referem a um processo emocional de duração variável em que podemos observar: ausência de interesse por tudo que não diz respeito ao que se perdeu; inibição de outros investimentos amorosos; idealização do ente perdido; aceitação da inevitabilidade da morte; aceitação da própria morte como destino; despojamento dos sentimentos de remorso; necessidade de que a morte atual não reative um trabalho de luto anterior não realizado, que poderia impedir a mobilização afetiva necessária para a evolução do sujeito no processo atual.

Encontramos, portanto, nessa mãe, após o parto prematuro, durante a internação e após a alta hospitalar, estados de depressão, vivenciados como estados de fragmentação do sentimento e da percepção subjetiva de si mesma (*self*), ausência de sentimentos empáticos, baixa autoestima, crença na inexistência de ajuda possível

para a dor experimentada, senso de inadequação (falha e culpa), experiências de angústias ligadas à ideia de não se conter emocionalmente (perder o controle), de não estar “dentro do próprio corpo”, hipocondria, desleixo com a higiene pessoal e somatizações. Esta forma de luto não encontrava referência em outras experiências de perda vividas, pois se referia ao processo de construção da identidade parental²⁰ e trazia em si um tipo de investimento amoroso através do qual os filhos mortos espelhavam sua capacidade de ser mãe.

Existia uma forma de investimento amoroso, estabelecida pela mãe com os bebês que morreram, eminentemente narcísica, pois eles não eram subjetivamente percebidos como sujeitos discriminados. O nascimento seguido de morte não possibilitou a lembrança da existência desses bebês como seres distintos da mãe entrelaçando a experiência da maternidade a um estado da onipotência infantil. Daí, podemos compreender a existência de fantasias e devaneios que a

acompanharam durante a gravidez subsequente e que se caracterizavam pelo poder que a mãe deveria acreditar que possui em relação à sobrevivência física e psíquica de seus filhos. Após o nascimento do bebê sobrevivente, os investimentos até então conservados no espaço intrapsíquico em relação ao bebê imaginário da gravidez foram reorganizados e distribuídos no espaço que incluía o bebê real. A concretude “em carne e osso” do bebê prematuro com extremo baixo peso não possibilitou para essa mãe uma percepção de sua real capacidade de mantê-lo vivo, promovendo um desequilíbrio tanto dos investimentos amorosos no bebê como daqueles que se dirigiam para a representação que ela fazia de si mesma. Lembra-nos Rubin²¹ que a mulher desenvolve uma identidade, *maternal identity*, única para cada filho, e se um bebê morre no período neonatal, essa identidade não se desenvolve, fica “presa” no bebê que morreu, constituindo-se como uma representação que a mãe faz de si mesma.

Referências

1. National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). *Neonatal Research Network*. Washington, D.C.: Department of Health and Human Services, USA Gov.; 2001.
2. Carvalho M, Gomes MAA. Mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J Pediatr* 2005; 81(7):111-118.
3. Barros FC. Comparison of the causes and consequences of prematurity and intrauterine growth retardation: a longitudinal study in Southern Brazil. *Pediatrics* 1992; 90(2):238-244.
4. Yu VYH. Development of regionalized perinatal care. *Semina Neonatol* 2004; 9:135-144.
5. Almeida RT, Panerai RB, Carvalho M, Lopes JMA. Avaliação de cuidados intensivos neonatais. *Cad Cienc Tec* 1991; 3:45-49.
6. Cousinier M. Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996; 17:168-174.
7. Heller SS. Attachment disturbances in infants born subsequent to perinatal loss: a pilot study. *Infant Ment Health J* 1999; 2:188-199.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
9. Debert G. Problemas relativos à utilização da história de vida e história oral. In: Cardoso R, organizadora. *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. São Paulo: Paz e Terra; 1986. p. 87-98.
10. Davis D. Postpartum pregnancy after perinatal death: perspectives on doctor advice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28(4):481-487.
11. Poznanski EO. The replacement child: a saga of unresolved parental grief. *J Pediatric* 1972; 81(6):1190-1193.
12. Bourne B, Lewis D. Pregnancy after stillbirth or neonatal death. *Lancet* 1984; 7(2):31-33.
13. Janssen HJ, Cuisinier MC, Graauw KP, Hoogduin KA. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:56-61.
14. Tony KH, Chung MD, Lau TK, Yip ASK, Chiu HFK, Lee DTS. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med* 2001; 63(5):803-834.
15. Zax M. Birth outcomes in the offspring of mentally disordered women. *Am J Orthopsychiatry* 1977; 47(2):218-230.
16. Cuisinier M. Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996; 17(3):168-174.
17. Davis D. Postpartum pregnancy after perinatal death: perspectives on doctor advice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28:481-487.
18. Heller SS. Attachment disturbances in infants born subsequent to perinatal loss: a pilot study. *Infant Ment Health J* 1999; 2(20):188-199.
19. Raimbaut GA. *A criança e a morte: crianças doentes falam da morte – problemas da clínica do luto*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1979.
20. Leon IG. The psychoanalytic conceptualization of perinatal loss: a multidimensional model. *Am J Psychi* 1992; 149:1464-1472.
21. Rubin R. *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer; 1984.

Artigo apresentado em 18/10/2007

Aprovado em 09/03/2008

Versão final apresentada em 20/06/2008