



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Celina Moreira Mesquita Mercio Figueira

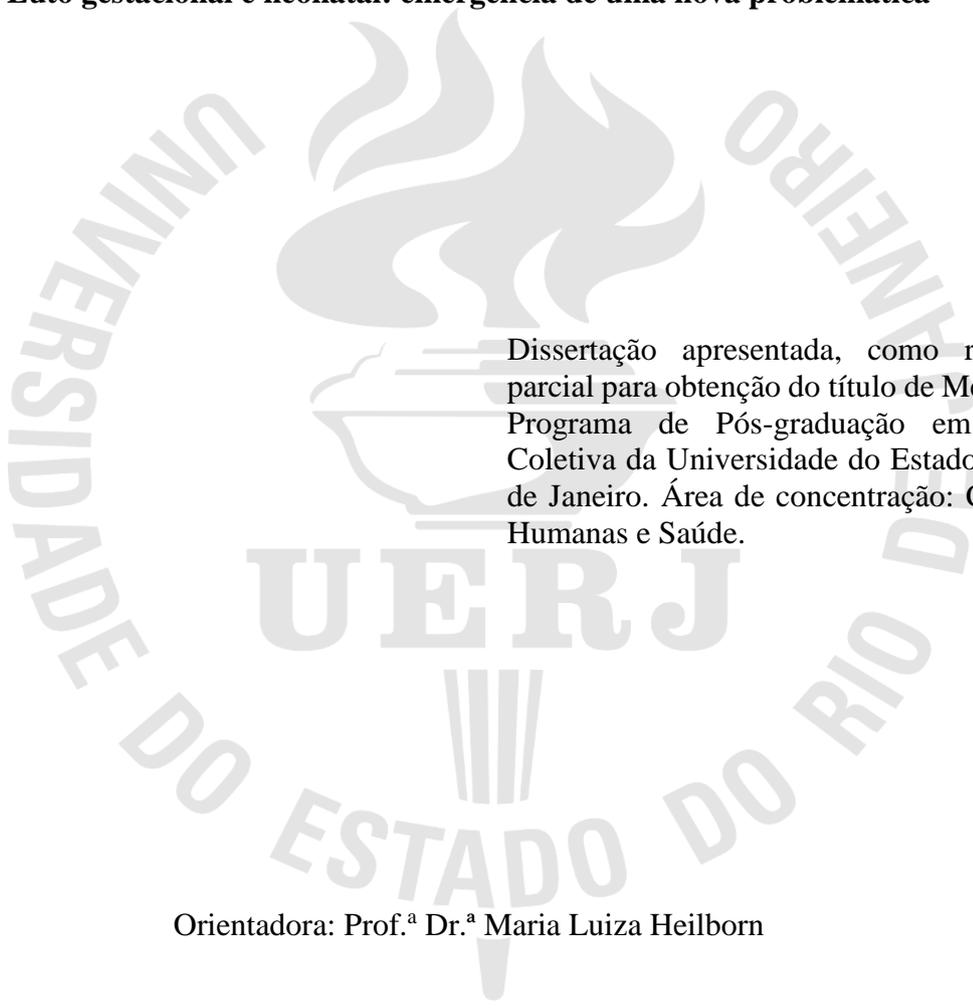
**Luto gestacional e neonatal: emergência de uma nova problemática**

Rio de Janeiro

2021

Celina Moreira Mesquita Mercio Figueira

**Luto gestacional e neonatal: emergência de uma nova problemática**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Luiza Heilborn

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

F475 Figueira, Celina Moreira Mesquita Mercio

Luto gestacional e neonatal: emergência de uma nova problemática / Celina  
Moreira Mesquita Mercio Figueira – 2021.

97 f.

Orientadora: Maria Luiza Heilborn

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de  
Medicina Social.

1. Morte Perinatal – Teses. 2. Luto – Teses. 3. Descritores em Ciências da Saúde –  
Teses. I. Heilborn, Maria Luiza. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto  
de Medicina Social. III. Título.

CDU 618.439:393.7

Bibliotecário: Charles William Macedo de Mello – CRB 7 6084

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Celina Moreira Mesquita Mercio Figueira

**Luto gestacional e neonatal: emergência de uma nova problemática**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 10 de agosto de 2021.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Luiza Heilborn (Orientadora)

Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jane Araújo Russo

Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marina Fisher Nucci

Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Myriam Moraes Lins de Barros

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

## DEDICATÓRIA

A Enzo (*in memoriam*) e seus pais, por ressignificarem minha história.

## AGRADECIMENTOS

Meus primeiros agradecimentos dirigem-se à querida orientadora Maria Luiza Heilborn, cujas dedicação e generosidade foram fundamentais na escrita desta dissertação. Sou grata pelos incentivos e convívio intelectual, marcas em minha formação como pesquisadora.

Ao corpo docente do Instituto de Medicina Social, pela fecunda interlocução. Os olhares e perspectivas da Saúde Coletiva permitiram compreender a relevância da ciência como vetor de mudança social.

Agradeço a disponibilidade e as contribuições das professoras que aceitaram compor as bancas de qualificação e defesa desta dissertação: Jane Russo (IMS/UERJ) e Myriam Lins de Barros (ESS/UFRJ). As observações criteriosas e estimulantes iluminaram os possíveis rumos da pesquisa. À professora Marina Nucci (IMS/UERJ), por aceitar participar da banca de defesa. Aos professores suplentes Bila Sorj (IFCS/UFRJ), Horacio Sívori (IMS/UERJ) e Rogerio Azize (IMS/UERJ). À professora Jane Russo, por ser ledora desta dissertação. Muito obrigada a todos pela oportunidade de aprendizado, possibilitada pelo compromisso e seriedade que dispuseram à leitura e à reflexão deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (Capes), pela bolsa acadêmica concedida e sua extensão devido à pandemia.

Às funcionárias da secretaria, cujas dedicação e paciência tornaram os meios burocráticos mais humanos.

À professora Rachel Aisengart Menezes (IESC/UFRJ), pelo diálogo e indicações de literatura. A delicadeza de sua escrita sobre a finitude é inspiradora.

Ao professor Ruben Mattos (IMS/UERJ) (*in memoriam*), pelos ensinamentos traduzidos em poesia. O tema de pesquisa não é uma decisão voluntária; somos intimados a debruçar sobre nossos próprios (des)caminhos.

À turma de 2019 do Mestrado em Ciências Humanas e Saúde, pelo suporte contínuo e discussões enriquecedoras.

À minha família, pelo apoio e comemorações a cada etapa conquistada.

Aos pais e profissionais que compartilham relatos e experiências de LGNN no universo da Internet. Suas vivências aguçaram minha sensibilidade na redação acerca de um fenômeno tão recente no Brasil.

“Toda história contada é um corpo que pode existir. É uma apropriação de si pela letra-marca de sua passagem pelo mundo. O ponto final de quem conta nunca é fim, apenas princípio.”

*Eliane Brum*

## RESUMO

FIGUEIRA, Celina Moreira Mesquita Mercio. *Luto gestacional e neonatal: emergência de uma nova problemática*. 2021. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Esta dissertação investiga a construção dos fenômenos da morte e do luto gestacional e neonatal como problemática social e experiência de saúde na contemporaneidade. A medicina e os avanços tecnológicos têm promovido transformações relativas aos valores acerca da reprodução e do nascituro/recém-nascido. A redução das taxas de mortalidade alcançadas pela medicina a partir da metade do séc. XX oblitera o tema dos possíveis desenlaces fatais das gestações. Qualificados como “bebês”, conceitos encarnam projetos de família e, por conseguinte, podem adquirir para o par parental o estatuto de pessoa, ainda que sua vida não tenha vingado. Diante do óbito prematuro (seja na gestação ou no pós-parto), observa-se o desinvestimento médico e dos serviços de saúde: as mulheres acometidas padecem de invisibilidade e ausência de cuidado. Este trabalho consiste, de um lado, na abordagem etnográfica documental dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) com o objetivo de delinear valores e normas de conduta biomédicos relacionados à assistência reprodutiva e à do recém-nascido. O conjunto de classificações biomédicas é permeado por moralidades distintas que concedem ora a condição de resto fetal, ora o estatuto de pessoa, paciente e cidadão. De outro lado, dada a escassez de literatura brasileira, foram analisadas produções feministas/acadêmicas norte-americanas e francesas acerca da crescente visibilização do fenômeno do luto gestacional e neonatal (LGNN). Em resposta ao vácuo social do par parental cujo filho não sobreviveu, profissionais e acadêmicas engajam-se na ressignificação dos projetos de maternidade (e paternidade) interrompidos. São discursos e práticas calcados em críticas à episteme e hierarquia médicas. O entrelaçamento entre afetação e saber especializado oferece visibilidade e inserção coletiva às trajetórias femininas atravessadas pela morte prematura de filhos; o ideário do luto GNN concede novos sentidos à procriação, ao corpo feminino e à pessoa do nascituro/recém-nascido.

Palavras-Chave: Luto. Pessoa. Cuidado. Morte perinatal. Descritores em ciências da saúde.

## ABSTRACT

FIGUEIRA, Celina Moreira Mesquita Mercio. *Gestational and neonatal mourning: emergence of a new social problem*. 2021. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This dissertation investigates the construction of the phenomena of gestational and neonatal death and mourning as a contemporary social problem and health experience. Technological advances have promoted changes in the values of reproduction and personhood of the unborn/newborn. The decrease of the mortality rates, achieved by the applied medical science in the middle of the twentieth century, obliterates possible fatalities in the outcomes of pregnancies. Qualified as “babies”, unborn children embody family projects and can be given the sense of personhood, regardless of its survival. However, when facing premature death (gestational or after birth), doctors and caregivers reduce the offers of services: affected women suffer from invisibility and absence of care. This research consists, on one hand, in the ethnography of Medical Subject Headings (DeCS/MeSH) to delineate biomedical values and norms of conduct related to reproductive and neonatal care. The set of biomedical classifications is permeated by ambiguous moralities that sometimes grant the condition of fetal waste, or the status of person, patient, and citizen. On the other hand, given the lack of Brazilian literature, North American and French authors ground the analysis of the growing visibility of the phenomenon of gestational and neonatal mourning. In response to the social gap experienced by the couple whose child did not survive, caregivers and academics engage themselves in the production of frames for the interrupted projects of motherhood (and fatherhood). The discourses and practices are based on criticisms of the medical knowledge and hierarchy. The intertwining between affectation and expertise offers visibility and integration to the women who suffered the premature death of their children; the ideology of gestational and neonatal (GNN) mourning assigns new meanings to the process of procreation, the female body, and the personhood of the unborn/newborn.

Keywords: Mourning. Personhood. Care. Perinatal death. Medical subject headings.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descritores de saúde associados ao <i>input</i> “morte” .....	36
Quadro 2 - Descritores de saúde associados ao <i>input</i> “aborto” .....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CID-8	Classificação Internacional de Doenças – 8ª revisão
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
D&C	Dilatação e Curetagem
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
GNN	Gestacional e neonatal
LGNN	Luto gestacional e neonatal
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NLM	<i>National Library of Medicine</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
SMSL	Síndrome da Morte Súbita do Lactente
UNICAMP	Universidade de Campinas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 MATERNIDADE E A GESTÃO MÉDICA</b> .....	18
1.1 <b>A instituição familiar e o controle dos corpos</b> .....	20
1.2 <b>Pessoa e os registros de nascimento</b> .....	26
<b>2 A MEDICINA DOS ÓBITOS GESTACIONAIS E NEONATAIS</b> .....	32
2.1 <b>Morte</b> .....	34
2.2 <b>Aborto</b> .....	42
<b>3 LUTO GESTACIONAL E NEONATAL: O INSUCESSO DAS EXPECTATIVAS COMO EXPERIÊNCIA DE SAÚDE</b> .....	51
3.1 <b>A psicologização e psiquiatrização da morte</b> .....	55
3.2 <b>As sensibilidades profissionais</b> .....	58
<b>4 OS ESFORÇOS DE RECONHECIMENTO DE UM LUTO INVISIBILIZADO</b> ...	68
4.1 <b>Da afetação ao compromisso social: as pesquisas acadêmicas</b> .....	72
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	82
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	88
<b>ANEXO – As obras de Joanne Leonard (1974)</b> .....	97

## INTRODUÇÃO

A modernidade testemunhou um gerenciamento da reprodução na qual o aparato médico foi responsável pelo controle dos processos de nascimento e redução das taxas de mortalidade. A medicina reconfigurou as noções de conjugalidade e família pela valorização da figura da criança. O hospital tornou-se o cenário central do parto e os produtos conceptivos adquiriram estatuto de paciente. As gramáticas e as posturas de vigilância dos corpos afastaram a morte das mentalidades e culturas ocidentais. Ao desafiar a onipotência dos saberes biomédicos, os óbitos prematuros eram destinados à invisibilidade. Contudo, observa-se a recente tendência de sensibilização ao fenômeno do luto gestacional e neonatal (LGNN). Mobilizado pela expressão pública das experiências de maternidade<sup>1</sup> e morte<sup>2</sup>, os discursos de afetados por esses óbitos (GNNs) atualizam os projetos de vida e família, bem como assinalam novas demandas na assistência materno-infantil.

Nos últimos anos, o movimento LGNN tem suscitado os interesses social e midiático brasileiros, impulsionados por discussões acerca da maternidade tardia, tecnologias reprodutivas, parto humanizado e violência obstétrica. Destaca-se a reportagem do *Fantástico (Rede Globo)*<sup>3</sup>, intitulada *Bebês arco-íris<sup>4</sup> ajudam mulheres que perderam filhos a superar trauma*. A repórter Renata Capucci – com trajetória de morte GNN aos 8 meses de gravidez, aborda o processo de elaboração da perda por gestação consecutiva. Da mesma emissora, a novela *Amor de mãe*<sup>5</sup> (2019-2021) aborda a temática através da personagem Vitória – interpretada por Taís Araújo, vítima de morte intrauterina durante gravidez gemelar.

---

<sup>1</sup> A partir da *hashtag* “maternidade real” nas redes sociais Instagram e Twitter, mulheres passam a compartilhar a foto de seus filhos e as dificuldades no exercício da maternidade. Contudo, percebe-se que um tipo de mãe não é representada na tendência virtual – as mulheres sem filhos vivos. Em resposta, o termo “maternidade invisível” é criado e amplamente utilizado por grupos de afetadas por óbitos GNNs. Disponível em: <https://www.gruposobreviver.com.br/artigos/maternidade-invisivel/minha-maternidade-invisivel/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>2</sup> A elaboração do luto ocorre através de tentativas de inscrição do fenômeno nos radares de sensibilidade coletivas. A afetação é transformada em causa de luta. Através da premissa de honra à trajetória biográfica dos filhos falecidos, nota-se a popularização dos movimentos “de mães” – da violência urbana, de acidentes de trânsito, entre outros.

<sup>3</sup> Transmitida em 8 dez. 2019. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/8149588/>. Acesso em 29 out. 2020.

<sup>4</sup> O termo “bebê arco-íris”, traduzido em diversos idiomas (“*rainbow baby*”, “*bébé arc-en-ciel*”), refere-se ao nascimento de um bebê saudável após uma perda GNN, seja um aborto espontâneo, natimorto, óbito neonatal ou morte infantil (infant loss). A escolha pelo arco-íris advém da ideia de seu aparecimento no céu após uma tempestade, momento turbulento e sombrio. Observa-se a popularidade da categoria em blogs e mídias sociais nos últimos anos, para significar a esperança e elaboração da dor do luto para/pela chegada de um novo bebê. A utilização do termo denota as propriedades curativas do investimento em um novo filho para ressignificação das experiências de óbitos vividas.

<sup>5</sup> Transmitida entre 25 nov. 2019 e 9 abr. 2021. Disponível em: <https://gshow.globo.com/novelas/amor-de-mae/>. Acesso em 30 jun. 2021.

No cenário internacional, são relevantes as composições musicais. As culturas norte-americana e inglesa possuem diversas canções dedicadas ao LGNN; entre os intérpretes, estão Beyoncé, P!nk, Lilly Allen, Jay Z e Ed Sheeran<sup>6</sup>. Entretanto, o principal vetor de divulgação e reconhecimento do fenômeno é a hiperconectividade virtual. As máximas contemporâneas de exposição de si e expressão obrigatória dos afetos destinam os processos de luto para a Internet. Os *sites*, *blogs* e redes sociais promovem encontros de sujeitos cujas trajetórias de vida são semelhantes. O compartilhamento da dor e das vivências forma comunidades virtuais de enlutados por mortes GNNs – as/os “mães/pais de anjo”. Inserida na era digital e afinada à valorização dos projetos de vida e família, a causa LGNN ganha visibilidade e abre espaços sociais para oferta de serviços e práticas em saúde.

O manual *Luto perinatal: como lidar* é uma marca dessa nova sensibilidade. Produzido por Heloisa de Oliveira Salgado (psicóloga) e Carla Andreucci Polido (obstetra), o material é voltado aos profissionais de saúde e compila releituras e traduções de protocolos oncológicos nacionais e GNNs canadenses. As orientações técnicas são ilustradas por relatos de acometidas, uma forma de assinalar a relevância da mediação especializada no gerenciamento dos eventos sociais de nascimento e morte. Recomenda-se o protagonismo da família na tomada de decisões; a terapêutica ocorre por meio de condutas que contemplam a realidade subjetiva. A gestão das emoções é decorrente do contato com o filho falecido e produção de memória em rituais específicos e/ou adaptados à realidade GNN. São discutidas más-formações congênitas, prematuridade e abortamento tardio; apojadura e doação do leite materno; confecção de caixas de lembranças; além de aspectos legais e direitos civis diante da perda (SALGADO; POLIDO, 2018).

As pesquisas acadêmicas nacionais acompanham as mudanças de mentalidades em relação ao binômio reprodução-finitude. Na disciplina *Sufrimento, morte e luto: leituras das Ciências Sociais e Humanas*<sup>7</sup>, éramos quatro alunas com dissertações e tese sobre o tema. A leitura crítica do fenômeno, característica dos estudos em humanidades, abarca a normalização dos processos reprodutivos e arranjo dos cuidados médicos em torno da manutenção da vida. Discursos de afetados, profissionais e, recentemente, cientistas parecem sensibilizar a sociedade

---

<sup>6</sup> As faixas musicais são: *Heartbeat* – Beyoncé (2013); *Happy* – P!nk (2019); *Something's not right* – Lilly Allen (2015); *Glory* – Jay Z feat. Blue Ivy (2012) e *Small Bump* – Ed Sheeran (2011). Disponíveis em: <https://www.youtube.com/>. Acesso em 30 jun. 2021.

<sup>7</sup> Disciplina ministrada pelas Profas. Dras. Maria Luiza Heilborn (IMS/UERJ) e Rachel Aisengart Menezes (IESC/UFRJ) no segundo semestre de 2019, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

brasileira às situações de abortos espontâneos e mortes neonatais; o ideário LGNN concede novos sentidos aos projetos de família atravessados pela morte prematura de seus filhos.

O interesse pelo tema no âmbito da assistência em saúde emergiu como possibilidade de estudo durante a graduação em psicologia. Estagiária na enfermagem obstétrica de um hospital-escola no município do Rio de Janeiro<sup>8</sup>, presenciei o óbito de um recém-nascido enquanto profissional. Naquele espaço, o “bebê”<sup>9</sup>, nomeado e saudável, era protagonista da atenção das equipes médica e paramédica. Todavia, diante da morte, ele perdia valor e estatuto de paciente; cabia à família zelar pela memória do filho e enlutá-lo. Durante o estágio, o projeto de vida perdido parecia irrelevante frente outro objetivo: disponibilizar rapidamente o leito. Na ausência de sinais vitais, os cuidados eram extintos e o par parental carecia de acolhimento.

Frente à família enlutada, lembro de questionar-me acerca das diretrizes terapêuticas. Inscrita em ambiente de saberes especializados e em busca de respostas para meu silêncio diante da morte, sou defrontada com o vácuo acadêmico. Deparo-me com diminutas pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Ao fazer uso da categoria “morte perinatal”, a abordagem epidemiológica era predominante. Contudo, encontro a reportagem *O filho possível*, de Eliane Brum e Marcelo Min (2010). Veiculado na revista *Época*, aborda-se o cotidiano da UTI neonatal da Divisão de Neonatologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade de Campinas (UNICAMP). O foco da publicação incide sobre a impossibilidade de cura e a oferta de cuidados paliativos no tratamento de bebês em estado grave ou malformados.

O trabalho em neonatologia é permeado pela ameaça de morte de quem acabou de nascer. Devido à estruturação da ética da medicina no gerenciamento da vida, muitos profissionais acreditam que as responsabilidades terminem na ausência de cura ou morte do paciente. O teor das práticas evidenciadas no CAISM/UNICAMP é de outra ordem. Ao substituir intervenções invasivas por cuidados à família e ao luto, demonstra-se respeito às trajetórias biográficas, ainda que breve, dos filhos perdidos. Os profissionais perdem onipotência e ganham humanidade; o reconhecimento do fenômeno por equipes de saúde colabora na inscrição social do luto e das famílias afetadas. Esclarecer as causas de morte com diagnósticos qualificados colabora no sepultamento simbólico. Isso não significa que os falecidos sejam esquecidos, mas lembrados na totalidade de suas condições de início e fim.

---

<sup>8</sup> O estágio foi realizado no período entre set. 2012 e jun. 2013.

<sup>9</sup> Seguindo a sugestão de Reinhartz (1988), uso a palavra “bebê” entre aspas para sinalizar a experiência de “desejo de filho/criança”, isto é, a gravidez investida na concretização do projeto de família.

Abarcar a perda GNN é considerar a subjetividade do par parental, encarnada no projeto de vida e família investido. Os cuidados em saúde incluem a ressignificação das mortes para continuidade da vida. As práticas de sensibilização ao LGNN estão balizadas em sentimentos de empatia e releituras de saberes oriundos do universo “psi” e dos estudos sobre finitude. Contrapostas à *práxis* biomédica, as técnicas LGNN atualizam as vivências de luto parental por matrizes identitárias de inclusão coletiva. Os relatos de trabalho clínico apresentam traços relevantes de tensões, articuladas e integradas em discurso.

Afinada à tendência contemporânea de visibilização social da morte/morrer, os profissionais assinalam a falta de preparo teórico, prático e emocional para lidarem com o óbito prematuro dos pacientes. Devido à ausência de protocolos institucionais, os cuidadores empregam uma bricolagem de literaturas e experiências pessoais na intenção de auxiliar os afetados. É possível supor que o LGNN esteja fundamentado em habilidades de improviso postas em marcha por sentimentos de identificação. O entrelaçamento de dimensões biográficas e interpretações de saberes especializados transforma sensibilidades em práticas de saúde pela ótica da solidariedade.

Em *Ser afetado*, Favret-Saada (2005) afirma que a afetação é capaz de ultrapassar domínios de vivências pessoais, se compreendidas como operações de conhecimento. Não é possível traduzir a condição de “deixar-se afetar” por manifestações empáticas à distância ou pela fusão com o objeto de estudo. Trata-se da possibilidade de mobilizar o próprio estoque de imagens. Definido como “*experiential knowledge*”<sup>10</sup>, o manejo do LGNN inclui estratégias e iniciativas de elaboração da morte propostas por enlutados dentro do movimento social. Redes de apoio, práticas religiosas e lutas políticas infiltram os discursos profissionais enquanto objetivos terapêuticos. Através de narrativas públicas de sofrimento, a noção de autoridade inverte os papéis dos atores sociais e a verdade médica é questionada (FARIA; LERNER, 2019).

Comprometida com a legitimação social do fenômeno, a afetação por óbitos prematuros é convertida em interesse de pesquisa e campo acadêmico no cenário internacional, especialmente nos Estados Unidos e na França. As palavras e ações ecoam repertórios de narrativas e experiências que circulam através de ativismos, tentativas de comoção por meio

---

<sup>10</sup> A expressão “*experiential knowledge*”, conhecimento adquirido pela experiência, foi cunhada pela socióloga americana Thomasina Borkman nos anos 1970. Ao estudar os grupos de Alcoólicos Anônimos (AA), a autora postula que as narrativas de ‘doença’ dos acometidos resultam de/em exercícios de reflexividade. Isto é, a ampliação dos saberes pelo empoderamento pessoal. O termo indica que o afetado tem autoridade sobre as pesquisas por ser produto(r) do fenômeno. Esse estatuto considera aspectos cognitivos e emocionais, muitas vezes obliterados no/pelo repertório médico tradicional. Tal posicionamento é a base dos grupos de autoajuda/ajuda mútua e dos movimentos sociais em saúde (BORKMAN, 1976).

das quais vislumbram a visibilidade do grupo e suas causas. A proposta de fazer ciência por saberes situados transforma as mentalidades acerca da reprodução e dos papéis sexuais e de gênero. Em sua maioria, as pesquisas possuem posicionamentos feministas e funcionam como motores ideológicos nas críticas ao discurso médico ocidental. Suas autoras são mulheres com experiências pessoais e/ou profissionais marcadas por mortes prematuras dos filhos/pacientes. A retórica de “mulheres que choram com mulheres” sustenta a “especialidade no sofrimento de mulheres” (MEMMI, 2011).

Pela relevância da relação entre experiência pessoal e fazer científico, minha biografia vai ao encontro e, de certa forma, justifica a mobilização pela temática. Filha “única”, fui o “bebê arco-íris” de um casal enlutado por morte GNN, anterior a meu nascimento. A existência de um *sibling* fantasma perpassa minha trajetória, enquanto depositária de expectativas sociais dirigidas a mim e a um “outro” que não conheceram. A morte gestacional prematura foi poucas vezes abordada no contexto doméstico. O silêncio ante ao episódio profissional ressignifica minha história. Ainda criança, questionava meus pais: se vocês tivessem outro filho, qual seria o nome dele? Dito de outro modo: se eu não fosse Celina, quem eu seria? Em ponderações infantis, reconheço a presença “tão viva” do *sibling* inexistente. No projeto de família de meus pais, sou a “filha do céu”<sup>11</sup> – elaboração encarnada do luto insepulto da criança anterior.

\*\*\*

Esta pesquisa investiga a construção contemporânea do LGNN como experiência de saúde e problemática social. Em resposta ao vácuo do par parental enlutado, o fenômeno é delineado como prática paramédica e domínio científico. Devido à reduzida produção brasileira acerca do tema, a revisão bibliográfica encontra-se fundamentada em escritos norte-americanos e franceses. A inclusão social dos óbitos GNNs visa (re)orientar e (re)estruturar as dinâmicas institucionais, ao passo que legitima as vidas perdidas. Por trás das técnicas em saúde, implicadas na dignificação dos projetos de família, estão condenações aos métodos classificatórios e interpretativos da gramática biomédica. A metodologia qualitativa assinala insurgências frente às explicações dos eventos sociais pela medicina. A escolha do título desta dissertação é um dos seus efeitos – a opção por termos nativos valoriza a dimensão de pessoa

---

<sup>11</sup> Celina, nome originário do latim, significa filha, descendente do céu.

do filho falecido. Mortes prematuras não são esperadas; suas ocorrências sinalizam a ausência de linguagem apropriada na tradução e amparo aos episódios abarcados pela díade procriação-finitude.

O estudo está dividido em quatro capítulos. O primeiro apresenta um panorama das posturas médicas nos espaços de gestação, parto e nascimento. A medicina é analisada por críticas aos modelos de intervenção nos corpos femininos. Ao englobar diversos aspectos da vida social e das relações conjugais, os propósitos biomédicos determinam o projeto de família ocidental através de papéis sexuais. Explicada por diferenças anatômicas, a vocação feminina é dirigida ao trabalho reprodutivo e aos cuidados com descendentes (HÉRITIER, 1975; ROHDEN, 2001). Por meio de tecnologias obstétricas de monitoramento intrauterino, os resultados procriativos ganham humanidade e são qualificados como “criança em devir”, paciente e cidadão (CHAZAN, 2007; BRASILEIRO, 2008).

O capítulo seguinte é dedicado ao vocabulário de Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), organizado e derivado do tesouro *Medical Subject Headings* (MeSH). Diante de resultados genéricos nas buscas acerca do LGNN, a seleção de 18 (dezoito) termos médicos almeja compreender a morte GNN por aspectos biológicos e fazer emergir moralidades acerca do fenômeno. As terminologias foram elencadas através de duas entradas (*inputs*) – “morte” e “aborto”. A versão analisada da plataforma é a vigente, disponível em setembro de 2020. A opção por “morte” objetiva analisar as categorias médicas referentes ao conceito/recém-nascido morto. O vocábulo “aborto”, tema central nos estudos sobre saúde reprodutiva, busca esclarecer mentalidades e posturas profissionais frente ao óbito prematuro. O exame dos descritores está balizado na noção de “pessoa” (MAUSS, 2003) e nas pesquisas antropológicas sobre aborto de Heilborn (2012), McCallum, Menezes e Reis (2016) e Zordo (2016).

O terceiro capítulo é destinado às práticas contemporâneas de ressignificação dos óbitos GNNs. Afetados e/ou profissionais atuam como empresários de si e da morte; paradigmas de desempenho disciplinam a agência na elaboração dos lutos. A expressão obrigatória e pública dos sentimentos (MAUSS, 1979) remodela os ritos funerários. Infiltrada pelas porosidades sociais, a cultura terapêutica intervém e ressignifica processos de luto através de máximas de previsibilidade e bem-estar. A ‘superação’ torna-se uma demanda social. A ausência de tradições, somada ao declínio das religiões formais no ocidente, estimulam o caráter individual e personalizado de rememoração dos filhos falecidos. A partir de propostas “faça você mesmo”, a celebração é transformada em parte do cotidiano; a materialização dos mortos consagra as trajetórias biográficas perdidas (WOODTHORPE, 2012).

O último capítulo engloba discussões sobre a sensibilidade feminina como pendor natural para o cuidado. A gestão dos eventos de nascimento/morte é modelada por identidades determinadas por representações de gênero. Disruptiva às propostas médicas de manutenção da vida a qualquer custo, os óbitos GNNs geram instabilidades nas equipes profissionais e permitem reflexões sobre hierarquia e poder na assistência à saúde e na organização social. Para analisar o valor moral do *care*, aborda-se o conceito multidescritivo de Molinier (2012). As dimensões de gentileza, habilidade discreta, trabalho sujo, valor social inestimável e narrativa ético-política são ilustradas por pesquisas fundadas no binômio afetação-ciência. A análise feminista da economia dos discursos sobre reprodução e cuidados em saúde reverbera vozes distintas às estereotípias biomédicas. A ética LGNN evoca posturas morais de valorização do corpo feminino e seus produtos (conceptivos), texturas que transformam realidades instáveis em estilos de agir voltados à inscrição de acometidos.

## 1 MATERNIDADE E A GESTÃO MÉDICA

Na cultura ocidental moderna, os processos de saúde/doença e vida/morte destacam a primazia dos saberes biológicos no exercício da medicina. Esse modelo de ciência, fundado em conhecimentos sobre a doença e o corpo, permite abranger diferentes contextos sociais por sua legitimidade universal. Entretanto, o exercício profissional não depende apenas de saberes acerca da biologia humana, mas de valores que atravessam e constituem as práticas em saúde. A formação do médico é atravessada por tensões estruturantes, uma vez que a medicina não é propriamente uma ciência em si. Trata-se de um conjunto de técnicas fundadas no conhecimento de diversas disciplinas, acionadas para corrigir o mau funcionamento corporal e os padecimentos do paciente.

A constituição da biomedicina está atrelada ao individualismo, característica da modernidade. A concepção de pessoa e a valorização do indivíduo como ser supremo promovem a cristalização de modelos nos cenários em saúde. Do processo de formação dessa configuração decorrem importantes consequências:

“[...] a racionalização e afastamento do sensível, a fragmentação dos domínios e a universalização dos saberes, a interiorização e psicologização dos sujeitos, a autonomização da esfera pública e a institucionalização do liberalismo no sentido lato, a intimização da família e a autonomização dos sentidos (e, conseqüentemente, de uma “estética” e de uma “sexualidade”).” (DUARTE, 1998, p. 20).

A fratura epistemológica pelo advento da filosofia mecanicista propõe novas mentalidades; explicações sobre a natureza e o humano são interpretações racionalistas. O mundo é ditado e compreendido por “fatos” sociais. Essa epistemologia define o homem como individualizado cuja materialidade corporal sustenta a subjetividade. O corpo representa a concretude da carne, mensurável e observável, enquanto o homem é associado ao espiritual, social e psicológico. A medicina nasce da ruptura ontológica, “[...] e a imagem que ela faz do corpo humano provém das representações anatômicas obtidas desses corpos sem vida, onde o homem não está presente.”<sup>12</sup> (LE BRETON, 2002, p. 59, tradução nossa).

As práticas estão centradas na regulamentação da clínica como saber formal, e os conhecimentos calcados na biologia e os valores sociais emergidos do contato com o humano estabelecem a ética de tecnificação das vidas. A “verdade”, universal e legitimada pelo ensino, é construída por meio da reorganização e análise do espaço de atuação. Em processos de

---

<sup>12</sup> “[...] y la imagen que se hace del cuerpo humano tiene su fuente en las representaciones anatómicas de estos cuerpos sin vida en los que el hombre no existe más.”

formação em saúde para o exercício profissional, o hospital configura-se arena social. A entrada no ambiente hospitalar colabora identidade de médico/cuidador (FOUCAULT, 1977).

As ações em saúde são sustentadas por modelos tecnocráticos e hospitalocêntricos de saber/fazer cujo foco é a predição de riscos e a cura de patologias. O progresso tecnológico é defendido como valor máximo e a formação profissional centra-se no controle dos corpos através do manejo de técnicas – óbitos são evitados pela tecnologia aplicada (HUGUES, 2018). A medicalização nos desacostumou à morte e, os projetos familiares, sob vigilância da medicina, são concebidos como seguros e de longo prazo. Anteriormente à consolidação do hospital e inscrição do saber médico nas populações, perder um bebê era corriqueiro, normal e familiar. Todas as vidas, mesmo fadadas ao óbito prematuro, eram destinadas ao nascimento; métodos de previsão de adversidades e riscos biológicos eram escassos e/ou inexistentes (RASPLUS, 2011).

As perspectivas modernas de maternidade, isto é, gestação e parto tecnocráticos transformam a relação das mulheres com seus corpos. A antropóloga feminista Emily Martin (2006) aborda o discurso médico acerca da reprodução feminina entre os séculos XIX e XX. Pela racionalidade anátomo-clínica, o corpo é concebido como uma máquina. Em uma analogia ao capitalismo industrial, o funcionamento reprodutivo das mulheres é metaforizado em processos fabris orientados à produção de bebês saudáveis. O maquinário central é o útero e, a parturiente é a “operária alienada” submetida ao poder e vigilância do médico supervisor. Tal argumentação expõe os sistemas culturais balizadores da construção médica e científica da natureza feminina (ALZUGUIR, 2008).

No século XIX, surge a ginecologia, especialidade centrada na diferença sexual e, a medicina propõe uma compreensão particular para as mulheres. Rohden (2001) assinala que tal especialidade médica converte-se em “ciência da diferença”, na qual é possível antever projetos de medicalização do corpo feminino. Os médicos se ocupam da tarefa de encontrar evidências científicas exclusivas através da nomeação de patologias. A justificativa de uma natureza aparentemente frágil formula uma visão de inferioridade biológica e social atrelada ao feminino. Trata-se de um saber/fazer médico que constrói e descreve uma ‘realidade’ inscrita no corpo, locus onde sexo e gênero, natureza e destino se confundem.

Os fenômenos da menstruação, gravidez e menopausa afetam as mulheres sem equivalentes para o corpo masculino. A perspectiva biológica impregna os papéis sociais. As características anatômicas femininas dirigem-se à maternidade e à esfera doméstica, ao passo que as dos homens os destinam às funções públicas. A valor social da mulher pela recusa da maternidade é tratado como indício patológico e desviante, pois ameaça a hereditariedade e

manutenção das populações. A infiltração do saber médico nas porosidades da sociedade constrói as convenções de gênero.

### 1.1 A instituição familiar e o controle dos corpos

Ao abarcar diversos aspectos da vida social e das relações de gênero, os propósitos da biomedicina extrapolam os cuidados com os corpos femininos. As ciências e especialidades médicas determinam o projeto de família ocidental moderno por noções acerca do papel reprodutivo e da diferença sexual. Em *Les dogmes ne meurent pas*, Héritier (1975) define a “família conjugal” – monogâmica e formada por mãe, pai e filhos – como aquela reconhecida pelo poder público. Instituição social *ad hoc*, é o espaço de produção de descendentes. Designa-se o casal sem filhos como um estágio transitório entre a família de origem e o nascimento da prole. Ariès (1981) já assinalava a relevância da criança na concretização da esfera doméstica, responsável pelas transformações da família na modernidade.

Na Idade Média, as crianças eram vinculadas às famílias de origem por pouco tempo, e logo destinadas a outros núcleos sociais na condição de aprendizes. Na ausência da instância escolar, a educação era confundida com o exercício de tarefas domésticas e atividades cotidianas. As crianças eram qualificadas como ‘pequenos adultos’. A fragilidade e exigência de permanente cuidado, atreladas às condições sanitárias e valores culturais da época, tornavam os óbitos frequentes. A morte infantil era sentida como um acidente banal a ser reparado por um nascimento posterior.

Articulado ao discurso econômico do Estado de potência produtiva pela manutenção populacional, o saber médico reforça a necessidade da procriação e sobrevivência infantil. A ordem social, pautada pelas concepções de família e infância, fundamenta as relações conjugais e de parentalidade (DONZELOT, 1980). A gênese da diferença sexual constitui-se em um saber hierárquico; as descrições anatômicas e biológicas implicam destinos e identidades comunitárias. A ciência médica define os modelos de corpos e traduz comportamentos adequados, de acordo com as diferenças atribuídas pela natureza (ROHDEN, 2001).

A análise histórica das mentalidades empreendida por Badinter (1985) assinala a disseminação na modernidade de condutas de cuidado, expressas em mudanças coletivas sobre o modo de compreender o papel social da maternidade. O amor materno adquire valor e a mulher é incentivada a assumir os cuidados com a prole. Anteriormente considerada uma

ocupação indigna, as responsabilidades no seio familiar encerram as funções femininas de nutrição e educação dos membros. O devotamento da mulher ao lar é central nos discursos que sustentam uma ‘natureza inerente’ na produção e manutenção de descendentes.

A introdução dos saberes médicos na sociedade civil orienta para o controle dos corpos e instrumentaliza o poder do Estado. O discurso de especialistas demarca a presença da biomedicina no núcleo doméstico e garante normas destinadas à vigilância individual e coletiva. Substitui-se a soberania no exercício da governamentalidade – a prescrição de tratamentos e conselhos sanitários, onde antes existia a repressão de condutas. As práticas em saúde apresentam modelos centrados na doença, na assistência curativa e na intervenção dos corpos pelo uso da técnica. A disseminação de valores de manutenção das populações e evitação de riscos pelo exercício do cuidado evoca mentalidades higienistas acerca da subjetividade, família e vida coletiva (MACHADO *et al.*, 1978).

No que tange à mulher como sujeita a doenças e instabilidades, a ginecologia sustenta-se na premissa de controle dos corpos femininos para manutenção da ordem social. Embora existam patologias caracteristicamente masculinas, as doenças do sistema sexual não determinam a natureza do homem. A racionalidade anátomo-clínica enquadra os fenômenos procriativos de gestação, parto e nascimento. Útero, seios e ovários são considerados responsáveis pelo instinto sexual, materno e de reprodução da espécie humana; expandem-se as concepções de beleza atreladas ao período fértil e mudanças corporais pela gravidez. As argumentações biomédicas reduzem as mulheres ao trabalho reprodutivo e à esfera privada, com particular ênfase aos perigos representados pelo rompimento dessa equação (ROHDEN, 2001).

Desse modo, os *scripts* sociais para as mulheres estão intimamente associados à maternidade. O projeto de família é uma construção social e política. A manutenção do sistema de papéis sexuais é estruturado no entrelaçamento de funções biológicas e afetivas. A função materna funda-se em interesses pessoais e necessidades sociais de população. A socióloga francesa Christine Delphy (2002) define o “desejo de filho” (“*désir d’enfant*”) por uma única palavra; é um registro na esfera mais íntima da subjetividade e da conjugalidade. O conceito, aparentemente sustentado pela agência (da pessoa), esconde preceitos que fazem do desejo de constituir família – e produzir descendentes – uma questão de Estado (“*affaire d’État*”)<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Dentre os múltiplos significados e aplicações do termo “*affaire*” na língua francesa, estão: ocupação pessoal/profissional; área/domínio de interesse; problema; fonte de preocupação, dificuldade e/ou perigo; objeto de exame investigativo e/ou publicidade; caso penal de resolução jurídica, litígio; negócio comercial (lucrativo); e engajamento militar, combate (LAROUSSE *on-line*, s.d.).

O filho representa a junção das substâncias de ambos os pais por materiais genéticos, expectativas sociais e trajetórias biográficas. No casal, o desejo individual torna-se conjugal, expressão afetiva e compromisso da ação de relacionar-se (FONSECA, 2012). Acerca da conjugalidade na estruturação familiar, a pesquisa de Tania Salem (2007) sobre o casal grávido (CG) ilumina os estudos antropológicos sobre projeto de família, concepção e gravidez no Brasil. O ideário do CG está articulado a preceitos de maternidade, paternidade e criança, consoante os valores de camadas médias urbanas analisados pela autora. Os laços conjugais são concebidos como formas de existência privada, suficientemente fortes e autorreferidos de modo a isolarem os parceiros dos campos familiares de origem.

O rótulo CG evoca relações conjugais e entre gêneros atreladas a noções de igualdade, volição e liberdade. Trata-se de um código partilhado pelo casal composto de duas unidades fusionadas por elos subjetivos. A psicologia de complementaridade simétrica é o laço entre sujeitos iguais na condição de pessoa, mas distintos em suas individualidades. A reciprocidade e dependência social exige a vida compartilhada e existência comum, a disposição de ser um só pelo compartilhamento de interesses e projetos de vida. A privacidade em relação à família de origem e o exame subjetivo convertem a díade em objeto de cultivo (LUNA, 2008).

O “desejo de filho” nasce da negociação de indivíduos; ainda que concebido como entidade única, a união conjugal é constituída de partes assimétricas. A cultura de produção de descendentes centrada no desejo de parceiros conjugais e na motivação parental por filhos oblitera as etapas que se seguem. Do esforço humano aplicado na concepção decorrem as qualificações dos processos de crescimento intrauterino e nascimento como “naturais” e “inevitáveis”. O nascituro adquire a forma de união de gametas pela fusão de materiais genéticos. Enquanto o componente biológico se desenvolve, as relações são trabalhadas por sistemas de parentesco (FONSECA, 2012). A fusão da experiência fisiológica de gestação/parto e sociais de intercurso sexual é central às noções de maternidade ocidentais. Dito de outra forma, o corpo das mulheres é preparado para gerar/gestar descendentes; a identidade sexual é estabelecida como uma continuidade dos órgãos genitais e trabalho procriativo. Já a função paterna está fundada em orientações físicas e jurídicas assimétricas – a criança nasce do material genético do pai, mas precisa de validação social para entrada na vida coletiva.

Entretanto, o conceito é uma fonte incompleta na determinação do papel social de mãe. O “desejo de reproduzir-se” não existe na natureza e implica na consciência de que a gestação é consequência de certo tipo de intercurso sexual. Especificidade da condição humana, os discursos que postulam tal vontade seriam efeitos de gênero. As categorias masculino/feminino não possuem uma obrigação semântica de procriar, mas sofrem as consequências de

mentalidades que apagam a ‘lucidez’ de liberdade reprodutiva. Nesse sentido, “procriar” e “desejar procriar” são compreendidos como sinônimos. Prevaecem os discursos que sustentam a reprodução como necessidade natural, uma fatalidade cega que submete as mulheres à manutenção da espécie (TOURAILLE, 2011).

Na literatura biomédica, a noção de “relógio biológico” demarca períodos de fertilidade de homens e mulheres. Touraille (2011) qualifica o reconhecimento da temporalidade de concepção de um filho como “escravidão” à biopolítica. As definições de “chamado do útero” não se referem à consciência temporal do funcionamento biológico ou despertar libidinal. O desencadeamento de um “impulso de procriação” tem suas origens nas mentalidades em relação aos papéis sociais dos indivíduos por seus corpos reprodutivos, independente do desejo sexual. O “desejo de filho” é uma construção cultural capaz de justificar o controle social a partir da apropriação reprodutiva compulsória das mulheres. Esse posicionamento condiciona as práticas analisadas pelos estudos feministas – socialização diferenciada, hierarquia e opressão. O “feminino” é estritamente limitado ao sexo; designar-se mulher é ser “matriz” e “incubadora viva”.

Se a linguagem é uma ação humana no mundo, o “desejo de filho” é um resultado automático de nomeação e funciona como palavra de ordem. Ao defender a identidade de gênero, as teorias feministas escondem aproximações globalizantes. Exalta-la como produto da cultura, oposta ao sexo natural, significa acreditar no gênero como “atributo nuclear” da noção de pessoa. É uma “unidade metafísica” e um paradigma autêntico, no qual é esperado que o verdadeiro “eu” seja revelado no sexo, no gênero e no desejo. Almejando a “desnaturalização” da categoria, Butler (2003) apresenta o gênero como um fenômeno inconstante e contextual, e não um sentido primordial do ser.

A identificação dos indivíduos por gênero recalca a capacidade de consciência e priva a escolha na decisão por filhos. A categoria corta a especificidade humana de negar os destinos biológicos – a ética da (in)fertilidade, cuja ordem social é “transmitir a vida, ou não transmiti-la”. A legitimação social se faz plural, local e iminente; a conversão de noções unitárias de mulher e feminino por conceitos de identidade coletiva complexas assinala o gênero como traço. A exigência de sujeitos estáveis como premissa de um silogismo político cria o problema de pressupostos fixos para realidades instáveis.

“A desconstrução da identidade não é a desconstrução da política; ao invés disso, ela estabelece como políticos os próprios termos pelos quais a identidade é articulada. Esse tipo de crítica põe em questão a estrutura *fundante* em que o feminismo, como política de identidade, vem-se articulando. O paradoxo interno desse *fundacionismo* é que ele presume, fixa e restringe os próprios sujeitos que espera representar e libertar.” (BUTLER, 2003, p. 213, grifo da autora).

A máxima de “tornar-se mãe” não equivale a obrigação bruta de gerar indivíduos para a nação, mas uma forma sutil de coerção centrada no entrelaçamento da reprodução biológica e de valores de desenvolvimento individual. A infiltração de noções biomédicas e psicológicas no social popularizam a cultura da agência e da ordem subjetiva de bem-estar e realização pessoal, ancoradas em comportamentos humanos. O argumento patriótico de procriação é transformado pela retórica de “polícia dos desejos”, marcada pela genealogia familiar. A volição dos casais de dar à luz filhos é indissociável do propósito Estatal de promover nascimentos e incentivar os cuidados com as crianças.

Em *Faire vivre et laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Dominique Memmi (2003) ilustra os alicerces governamentais (franceses) de apoio à constituição familiar. Os cuidados em saúde evidenciam duas premissas: os sujeitos, em especial as mulheres, aspiram ter filhos e são constituídos por esse desejo; e a sociedade valoriza e legitima a figura da criança. Nos debates sobre infertilidade, são raras as informações sobre os custos dos protocolos de fertilizações *in vitro* (FIVs), como se fosse indecente discutir os investimentos financeiros em técnicas reprodutivas e nascimentos. Contudo, preços de abortos são frequentemente ressaltados. Qualificada como “falha contraceptiva” ou “falta de controle”, a prática implica ônus econômicos à coletividade.

Se a infertilidade merece atenção e auxílio financeiro estatais, ela está sujeita a uma condição. O “desejo de filhos” deve ser autenticado por ginecologistas, gestores do Estado. Antes de abarcada por políticas institucionais, os casais são avaliados. O exercício biopolítico inclui métodos de gestão por “conformidade biográfica”; o benefício depende de explicações motivacionais (especialmente, das mulheres). A exposição da vida privada deve conter informações suficientes que garantam o projeto de família, consoante dimensões culturais e normas de conduta biomédicas. A legitimação da profissão médica é explícita na política de planejamento familiar e é definida como um ramo autônomo da segurança social, voltado à proteção da saúde materno-infantil.

As mulheres (e os casais) “sem filhos” se equilibram entre a lógica do estigma de Goffman (2008) e do desvio de Becker (2008), ambas construídas a partir do olhar do Outro e da lógica heteronormativa (Butler, 2019). Ponderar gramáticas que escamoteiem a ausência de descendentes e afastem julgamentos estigmatizantes faz parte do cotidiano conjugal. Sem saber onde se situar na organização comunitária, estão simbólica e fisicamente “fora”. Inclassificáveis, despertam constrangimentos e dificuldade de pensamentos, uma vez que o *status* de “não-mãe” parece ameaçar a ordem geral. Os juízos e valores morais da medicina

entram em jogo nas decisões acerca da capacidade reprodutora feminina. Estar em desacordo com as regras sociais significa sofrer a pressão por procriar.

Os casais inférteis e/ou acometidos por óbitos GNNs vivenciam a falta de bebê como uma deficiência, principalmente quando são jovens oriundos de altos estratos sociais (MEMMI, 2011). Da ‘frustração’ do dever procriativo decorrem visitas a clínicas médicas para encobrir acusações – são “tentantes”. Sentir-se “mulher” supõe a satisfação de um desejo por filho considerado “irreprimível”, atributo-chave na construção identitária e organização coletiva. As ponderações sobre “ter ou não bebês” adquire diferentes significados, consoante as identidades e destinos biossociais femininos e masculinos. Ao serem incapazes de produzir crianças, as mulheres são submetidas às invasivas tecnologias de fertilização, ao passo que os homens têm a virilidade questionada. Na dinâmica conjugal, elas sentem culpa/são culpadas por não darem descendentes aos maridos; eles sofrem por não “incharem a barriga” da parceira (DEBEST; HERTZOG, 2011).

Diante da valorização de si pelo “sucesso” do projeto familiar, os pares conjugais afetados pela ausência de crianças são objeto de diversas categorias profissionais. O desamparo e impedimento fértil é alvo de políticas “salvadoras” de controle social pelo corpo reprodutivo. A qualificação e o reconhecimento da incapacidade de procriação são cruciais nas trajetórias de reprodução assistida. As metáfora de “salvação” e “sacrifício” sustentam os contratos em saúde. A fertilização clínica contorna as relações sexuais no estreitamento da conjugalidade e efetivação da família. O “desejo de criança” é deslocado para fora da unidade conjugal e não produz parentalidades espontâneas. As identidades parentais são submissas e transpassadas a/por decisões biomédicas. Representante das normas do Estado, a figura do médico é encarregada de “trazer o bebê à existência”.

Entretanto, a posição de “tentante” deve ser conquistada. A inclusão social por papéis reprodutivos requer adesão aos procedimentos: disponibilidade total para ajuste de dosagens hormonais e consultas médicas, trabalho emocional adequado e adaptação a estilos de vida compatíveis. As orientações reforçam as especialidades médicas voltadas aos corpos femininos; aos homens, é deferida a participação biológica inicial. A economia discursiva da FIV assinala o valor inestimável da procriação, intimamente associada ao enaltecimento cultural das identidade de “mulher” e “mãe”. O cumprimento dos padrões reprodutivos é qualificado como direito; é dever profissional garantir a gestação e o nascimento da criança. O “preço a pagar” refere-se a ônus físicos e mentais decorrentes das intervenções no corpo (MEMMI, 2003).

Se a dívida social de produção de crianças é saldada através de políticas de assistência à saúde, outros déficits são revelados. O compromisso do projeto de família financiado pelo

Estado é estruturado em equações de custo/benefício. No caso francês, longe da ‘generosidade’ moral que visa aliviar o sofrimento dos casais sem filhos, a postura médico-estatal está inserida numa lógica natalista que acolhe manobras de aumento do número de nascimentos. Um país próspero é “jovem” e capaz de financiar seus membros por meio das contribuições da população ativa. A construção sociopolítica da maternidade valoriza o poder de dar vida, fonte de vigilância e opressão. O jogo entre encargos sociais e econômicos estrutura projetos de família e determina os destinos de pais, mães e filhos (HÉRITIER, 1975; MEMMI, 2003).

## 1.2 Pessoa e os registros de nascimento

Os debates sobre o estatuto moral e o valor de pessoa do nascituro englobam discussões em arenas jurídicas, religiosas e biomédicas. Em *The social worlds of the unborn*, Deborah Lupton (2013) examina os discursos acerca de organismos humanos (ainda) não nascidos na contemporaneidade. A conceituação desses seres como “sujeitos humanos plenos” é anterior ao advento da medicina científica. O nascituro é imaginado e trazido à existência por rituais de inscrição social. As narrativas de origem construídas em torno de conceitos em várias culturas e religiões representam heterogeneidades na significação do desenvolvimento intrauterino, bem como sua relação de dependência ao corpo materno.

A biopolítica do nascer, em conjunto com o crescente uso de tecnologias de imagem ultrassonográficas, colaboraram na representação de entidades não-nascidas de maneira concreta, definidas por categorias de saúde. Enquanto organismos minúsculos, o nascituro suscita discussões morais, éticas e afetivas sobre o valor da vida. Embriões/fetos ganharam visibilidade no domínio público, a ponto de se tornarem ícones culturais fetichizados e objeto de fervorosa contestação. O tratamento através dos estágios de desenvolvimento define a massa celular pela potência de humanidade; a inscrição social em estágios iniciais faz com que usualmente seja chamado de “bebê” (DANIELS, 1996).

Essa postura têm implicações no modo como legislações e protocolos de saúde são fundamentados e aplicadas aos corpos grávidos. Os direitos e responsabilidades das mulheres em relação aos seres que geram fazem da gestante a guardiã do “precioso e vulnerável bebê” – as necessidades dos últimos são privilegiados em relação às daquelas que os carregam. A reprodução é uma experiência pública, na qual a “barriga de grávida” (“*baby bump*”) salienta

a vigilância dos comportamentos femininos, consoante as expectativas sociais de hereditariedade e produção de descendentes (LUPTON, 2013).

Salto aqui abaixo

Produto da concepção, o nascituro passa a usufruir do valor de “pessoa” (MAUSS, 2003). A condição de paciente valida a noção de projeto de vida e legítimas intervenções pela equipe médica e paramédica. Consoante a 21ª edição do manual de obstetrícia *Williams Obstetrics*,

“um importante resultado direto dessa pesquisa [obstétrica] é que o *status* do feto foi elevado ao de paciente que, em grande medida, recebe o mesmo cuidado metódico que obstetras ofertam às mulheres grávidas.”<sup>14</sup> (CUNNINGHAM *et al.*, 2001, p. 130, tradução nossa).

Na esteira do desenvolvimento tecnológico, a existência biológica intrauterina é transformada em devir de pessoa. Desdobra-se a disciplinarização dos corpos, bem como as vivências coletivas são reconfiguradas. O universo *high-tech* obstétrico e a observação em tempo real produzem novas sensibilidades a partir da corporeidade. As imagens ultrassonográficas de embriões/fetos, inicialmente destinadas ao acompanhamento biológico do nascituro e verificação de possíveis más-formações, ganham finalidades sociais – a emergência de vínculos familiares e inscrição na comunidade. Os serviços anunciam as tecnologias como fotografias e vídeos do “bebê”; os exames são compreendidos como eventos de celebração e acolhimento no grupo social dos pais (PETCHESKY, 1987; CHAZAN, 2007; LUPTON, 2013).

O peso e o tamanho do concepto, dados essencialmente objetivos, estimulam comentários de valoração do produto reprodutivo. Embora o crescimento gestacional possua relevância na visão biomédica, os dados são coloridos por atribuições nos prismas identitários de gênero e personalidade do concepto. Por meio da noção de “bom desenvolvimento”, os seres do sexo masculino devem ser fortes e grandes, e os femininos delicados e menores. As gramáticas costumam incluir personalidade e intenções; a potencialidade humana é reforçada pelo contorno corporal. Os movimentos intrauterinos são descritos como reações comportamentais no encontro com os pais – timidez, alegria, teimosia ou cooperatividade. As técnicas de ultrassom assinalam esforços de captura do rosto e expressões faciais, interpretados como estados emocionais de “riso”, “medo” ou “carranca” (CHAZAN, 2007).

A versão inglesa *The foetal condition: a sociology of engendering and abortion* (BOLTANSKI, 2013) assinala a distinção entre “humanos pela carne”, nascidos de uma mulher

---

<sup>14</sup> “An important result of this [obstetrical] research is that the status of the foetus has been elevated to that of a patient who, in a large measure, can be given the same meticulous care that obstetricians provide for pregnant women.”

mediante relações sexuais, e “pela palavra”, legitimados por discursos e rituais que os inserem na comunidade. Existir enquanto pessoa pressupõe dois processos: a confirmação da humanidade do conceito pela mãe, desencadeando sua singularização, e o reconhecimento coletivo. A identidade de “grávida” inicia a construção social do filho investido e as tecnologias médicas indicam corpo e sexo. O nascituro é integrado à comunidade de seus pais; antes de nascer, já tem nome e personalidade, recebe presentes e comemorações (LAYNE, 2000).

Para Boltanski (2013), a gravidez comporta a possibilidade de dois estatutos ao conceito: a autenticidade do ser, produto da fecundação, e o desígnio de “tumor”, sem futuro. O entendimento do nascituro como pessoa justifica-se pela tensão entre diferentes propósitos subjetivos e sociais – a economia moral dos discursos nas sociedades ocidentais. São eles: a “vontade de domínio”, a “vontade da carne” e a “vontade de legitimação”. O autor apoia-se em designações psicanalíticas sobre o eu e o simbólico para deslindar o complexo processo de escolha diante de uma gravidez. A “vontade da carne” é postulada como instância de Si, da experiência do corpo grávido inscrita no presente. A “vontade de domínio” está relacionada ao Eu, ao projeto e ao futuro; enquanto a “vontade de legitimação” refere-se à justificação e retrospectiva biográfica da inscrição social como pessoa. A “vontade de legitimação” explica as circunstâncias de concepção e demarca seu valor social. A carne ou o projeto não são os pontos cruciais no decreto do destino gestacional. “Fazer filhos como seres inscritos na carne, ou se desfazer deles recusando o reconhecimento da palavra, jamais esteve sob o império do “Eu” ou da vontade de domínio.” (LUNA, 2007, p. 252).

Os estatutos de pessoa ou “tumor” contrariam as teorias jurídicas de igualdade entre os seres. Se a construção social ocorre pela palavra materna e coletiva, a segunda designação coloca em xeque a similitude entre os produtos reprodutivos pela desigualdade no investimento e inscrição na comunidade. O discurso materno é subordinado a autoridades superiores que asseguram a confirmação do ser engendrado. Dentre elas, cito duas: o arranjo doméstico cujas relações de parentesco confirmam os seres incluídos na família pelo reconhecimento de laços consanguíneos, vide seção anterior; e o Estado que visa controlar as populações, ao fazer da reprodução um objeto de intervenção pública.

A tese de doutorado de Tula Vieira Brasileiro (2008) analisa as maneiras como as certidões de nascimento e óbito revestem a gestão do Estado no planejamento e vigilância populacionais. Os atestados legais que certificam o nascimento e a filiação é um dispositivo essencial na estruturação do modelo familiar moderno. A certidão de nascimento é qualificada como uma estratégia biopolítica de regulação, um mecanismo de poder que atua na vida e seu desenrolar, permitindo aos Estados o conhecimento dos grupos de crianças e famílias. Censos

e estatísticas, controle de doenças e índices de natalidade, moldam a produção de “desejados”. A necessidade de documentos é uma estratégia de controle. Por meio da construção sociocultural de existência associada aos “papéis”, a exigência de reconhecimento torna-se demanda dos próprios sujeitos.

A certidão de nascimento é, simultaneamente, estratégia biopolítica e instrumento de inclusão social nos domínios da cidadania. Ela produz e oficializa cidadãos em termos performáticos e compulsórios. As noções de individualidade e coletivo são conciliadas na oficialização de registros. Essa obrigatoriedade tem seu lado inverso – impede o reconhecimento social dos indivíduos que não tem certidões que comprovem suas existências. A classificação e identificação nominal mediante ameaças de apagamento social é argumento da condição de “filho de”, categoria central do estudo de Brasileiro (2008). Seguido do nome da mãe, essa expressão encontra-se naturalizada no discurso de profissionais de saúde inseridos na assistência materno-infantil. A substituição da nomeação da criança integra a lógica de cultura biomédica e de responsabilidades na gestão dos cuidados. A preferência por “filho de” assegura às crianças a condição de “produto de uma mulher”, sua mãe.

Da Matta (2002) salienta o significado cultural dos registros na fundação da identidade: ponto de partida da vida cívica, são “nosso marco zero”.

“Confirma isso o fato desse documento ser “tirado” pelos pais ou responsáveis da criança, nos seus primeiros dias de vida, ligando oficialmente o nome da criança perante o Estado, um elemento importante na construção da pessoa no Brasil. Assim sendo, essa certidão é uma prova oficial de que a pessoa tem quem cuide do seu bem-estar, preocupando-se com seu relacionamento com o Estado.” (DA MATTA, 2002, p. 58).

O registro de nascimento está ligado aos grandes rituais de vida e óbito. Entendido como um “rito de recepção” – medida burocrática de entrada na vida comunitária –, a ausência de documentos na morte revoga trajetórias biográficas e projetos de vida/família. Ao provar a existência de pessoas, as certidões de nascimento são pontes para a dignificação de falecidos, já que os enterros preconizam a legitimação dos estatutos de vivente e cidadão. Para o autor, a posse de documento confere cidadania, pois o Estado é tido como instância conferidora de dignidade social. A condição de “ser cidadão” é uma forma de afirmar direitos, sinônimo de luta e esperança. Essa lógica ilumina hiatos do caráter universal de cidadania.

As leis não servem para todos. A ausência de certidão de nascimento/óbito define os “subcidadãos”, pois não são reconhecidos pelas instituições sociais. Através de éticas e eixos classificatórios, a vida coletiva fundada em documentos apresenta a jurisdição da identidade da pessoa. A inscrição social ultrapassa os discursos de “desejo de filho” e comprovações corporais das experiências de gestação e parto. Diante da “fala de boca” materna, há a “fala de um papel”.

As dimensões físicas entre “o emblema, o nome e a pessoa” são obliteradas “[...] pela necessidade de inventariar os recursos humanos disponíveis, pela contagem e classificação dos habitantes.” (DA MATTA, 2002, p. 50).

No Brasil, os registros de nascimentos carecem de declarações médicas, padronizadas pelo Ministério da Saúde e de uso obrigatório no território nacional. A Declaração de Nascido Vivo, criada em 1990, é destinada a todos os bebês com sinais vitais, quaisquer as circunstâncias de ocorrência do parto – hospitais, serviços de emergência, domicílio, vias públicas ou veículos de transporte. A atestação biomédica oficializa as vidas humanas e inscreve os recém-nascidos em gramáticas de cidadania. Entretanto, nascer vivo não é o suficiente; é preciso sobreviver. O Ministério de Saúde indica que os documentos legais sejam expedidos na segunda avaliação do neonatologista, geralmente seis horas após o parto ou próximo à alta materna. Ante o risco de óbito prematuro nas primeiras horas/dias após o nascimento, a condição de pessoa é objeto de interpretações morais. Pela burocracia documental, o cidadão da medicina é determinado por: nome; sexo; peso; local de ocorrência do nascimento; índice de Apgar<sup>15</sup>; “anomalias ou defeitos congênitos”<sup>16</sup>; dados gerais<sup>17</sup> e histórico reprodutivo maternos<sup>18</sup>; nome e idade do pai. A junção de fatores biológicos e condições histórico-sociais demarca inferências e intervenções do ato médico. A entrada na vida comunitária é submetida a responsabilidades éticas e jurídicas de valorização das vidas como membros do grupo social (SÃO PAULO, 2011).

Do mesmo modo, os registros de óbitos ultrapassam exames corporais e atestações de falecimento; envolvem debates sobre a humanidade de conceitos/recém-nascidos, segundo pesagem e comprimento corporal. São dignos de certificação os produtos reprodutivos a partir de 20ª semana de gestação, ou peso/estatura superior a 500 gramas ou 25 centímetros. Porém, a legislação brasileira assinala exceções. Ante requerimentos familiares para realização de

---

<sup>15</sup> O índice (ou escala) de Apgar é um teste realizado duas vezes no recém-nascido – no primeiro e quinto minutos de vida – para avaliação de vitalidade. Desenvolvido nos Estados Unidos na década de 1950, foi popularizado como um método eficaz na determinação de procedimentos médicos neonatais, como assistência imediata e reanimação. Cinco categorias são analisadas no exame: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. A escala de Apgar varia de 0 a 10, somatório das notas (0 a 2) atribuída a cada item.

<sup>16</sup> As anomalias e más-formações congênitas são identificadas em: olho, ouvido, face e pescoço; fenda labial ou palatina; aparelhos circulatório, respiratório e urinário; órgãos genitais; sistemas digestivo e osteomuscular; e cromossômicas não englobadas por outras categorias.

<sup>17</sup> São consideradas relevantes as seguintes informações maternas: nome; data de nascimento e idade; raça; escolaridade; ocupação habitual e ramo de atividade; situação conjugal; naturalidade; e residência (para pessoas em situação de rua, há a classificação “moradora de rua”).

<sup>18</sup> Além de quesitos dedicados às gestações anteriores, são objetos de avaliação da gravidez atual: idade; data da última menstruação; número de semanas de gestação; número de consultas pré-natais; início do acompanhamento pré-natal; tipo de gravidez (única, dupla e tripla ou mais); tipo de apresentação fetal (cefálico, pélvico ou podálico); indução (ou não) ao nascimento; tipo de parto (vaginal ou cesáreo); e tipo de assistência ao nascimento (no caso de equipe multidisciplinar, informa-se a categoria profissional que coordenou os trabalhos).

cerimônias funerárias, a biopolítica admite a emissão de declarações de óbito. Quando abarcados pela condição de “peças anatômicas retiradas por atos cirúrgicos”, cabe ao médico elaborar um relatório em papel timbrado da instituição de saúde com as descrições do procedimento efetuado. O documento poderá ser apresentado nos cemitérios, caso o destino seja o sepultamento (BRASIL, 2009).

A “fala do documento” é, portanto, “fala do médico”. Por (im)possibilidades de validar os deveres e obrigações do Estado, documentos oficiais conferem cidadania, enquanto pareceres extraoficiais são carregados de moralidades que hierarquizam as vidas humanas. As qualificações biomédicas contrariam as teorias jurídicas de igualdade. Os estatutos de pessoa/paciente e “tumor” põem em xeque a similitude entre os seres por distintas condições de inscrição coletiva. Por meio de julgamentos médicos, os registros de nascimentos e óbitos, símbolos de homogeneidade social, marcam (des)continuidades na sociedade civil.

## 2 A MEDICINA DOS ÓBITOS GESTACIONAIS E NEONATAIS

Para compreender as construções sociais contemporâneas da morte GNN é central refletir sobre os discursos produzidos acerca do tema. O exame do índice hierárquico de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) decorreu de inquietações na categorização do tema por palavras-chave. Nos cenários acadêmicos, esses termos refletem a abrangência de um assunto e seus conceitos principais tornam-se úteis na indexação de produções escritas em mecanismos de busca e recuperação de pesquisas. Os descritores em saúde são representações dos fenômenos sociais e traduzem os valores morais dos autores acerca da realidade. A evolução científica e tecnológica é refletida nos/pelos documentos.

Os comportamentos de “etiquetagem” por gramáticas biomédicas permitem refletir sobre as mentalidades contemporâneas acerca dos óbitos GNNs. As fronteiras disciplinares entre os saberes da medicina e as ciências humanas e sociais correspondem a distintas dimensões da existência humana. A análise da plataforma delinea normas atuais de conduta relacionadas à saúde materno-infantil, bem como identifica novas concepções acerca da morte prematura. Os contrapontos dessa pesquisa – críticas à hegemonia médica na explicação dos eventos sociais – desvelam moralidades e marcas de intenções em relação à reprodução, com especial foco nas representações dos corpos femininos e produtos conceptivos.

A abordagem etnográfica do DeCS permite a compreensão de categorias através de um olhar mediado; trata-se de uma leitura na “contracorrente”<sup>19</sup> do que o documento busca empreender. Zeitlyn (2012) descreve o trabalho de análise de arquivos com a metáfora da atividade de mineração. A postura crítica é reveladora na etnografia documental dirigida a alcançar mentalidades. Ao subverter as pretensões daqueles que produzem plataformas e diretórios, emergem juízos de valor que podem ser trazidos à tona de fontes tradicionais (FERREIRA; LOWENKRON, 2020). O enfoque de “estranhar o familiar” (VELHO, 1978) propicia debates acerca da medicalização do início e do fim da vida nas sociedades contemporâneas. A hipótese assinala obstáculos nos cuidados em saúde, nos casos de afetação por óbitos GNNs.

É relevante compreender o estatuto biomédico de conceptos/recém-nascidos falecidos. O deslocamento da noção antropológica de “observação participante” para “modalidade de leitura” permite escavar significados ocultos ou silenciados, contrapondo-se à hegemonia do

---

<sup>19</sup> “*against the grain*” (ZEITLYN, 2012, tradução nossa).

saber a respeito da reprodução e da morte (FERREIRA; LOWENKRON, 2020). A metodologia qualitativa de análise de documentos questiona os reducionismos fiscalistas da medicina e rompe com lógicas universais de naturalização dos corpos. O exame dos descritores segue o modelo metodológico da dissertação de Renata Machado (2017). Ao traçar um panorama científico relativo ao ideário dos cuidados paliativos na aceitação social e elaboração da morte, a autora utiliza o termo “pesar” como norte na busca de literaturas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Já esta pesquisa emprega a metodologia de análise documental para construir um “fio condutor” que lance luz sobre as concepções de saúde reprodutiva e neonatal adotadas pela medicina ocidental.

O DeCS é um vocabulário controlado, organizado e derivado do tesouro *Medical Subject Headings* (MeSH), produzido pela *National Library of Medicine* (NLM) nos Estados Unidos. Os descritores são usados para indexar literaturas técnicas e científicas das ciências biomédicas e de saúde, além de recuperar informações nas bases de dados da BVS. Trata-se de uma plataforma dinâmica, com atualizações anuais; o constante processo de transformação social exige acréscimo de novos dados e revisão sistemática de critérios de busca por áreas temáticas (BIREME/OPAS/OMS, 2017).

O fenômeno do LGNN não é contemplado pelos termos disponíveis no DeCS/MeSH. A pesquisa foi direcionada para termos genéricos<sup>20</sup> que expressam o manejo do sofrimento face à finitude. Nesse sentido, optou-se pela seleção de 18 (dezoito) descritores em saúde por meio da compreensão da morte GNN por aspectos biológicos. Os termos elencados foram obtidos através de duas entradas (*inputs*) – “morte” e “aborto”. A busca foi realizada pela modalidade de “descriptor exato” no índice hierárquico em língua portuguesa, em novembro de 2020 na edição vigente<sup>21</sup> do DeCS/MeSH. Ordenados alfabeticamente no índice em inglês, os descritores estão dispostos segundo suas traduções. Não há ordem de relevância dentro das camadas hierárquicas. A escolha por esses vocábulos<sup>22</sup> almejou cobrir as designações médicas que potencialmente abarcam o fenômeno em estudo.

A seleção do termo “morte” objetiva compreender como os profissionais da medicina qualificam os produtos da concepção e as consequentes perdas precoces. A opção por “aborto”,

---

<sup>20</sup> Entre os pesquisados, estão: “pesar”, “luto”, “luto contido”, “atitude frente à morte”, “apoio social” e “equipe de assistência ao paciente”.

<sup>21</sup> Lançada em 18 set. 2020. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>. Acesso em: 03 nov. 2021.

<sup>22</sup> Os descritores foram colhidos seguindo a remissão de dados encontrados nos *inputs* iniciais na plataforma. Divididos em três grandes grupos, obtêm-se: de “morte” – “perda do embrião”, “morte fetal”, “reabsorção do feto”, “natimorto”, “morte do lactente”, “morte súbita do lactente” e “morte perinatal” (Quadro 1); e de “aborto” – “aborto espontâneo”, “aborto habitual”, “incompetência do colo de útero”, “aborto incompleto”, “aborto retido”, “aborto séptico”, “ameaça de aborto”, “feto abortado” e “aborto induzido” (Quadro 2).

tema frequente nas discussões sobre saúde reprodutiva, busca captar esclarecimentos a respeito da postura e responsabilidade médicas frente às fatalidades. O conteúdo biomédico de cada termo contempla avaliações sobre a legitimidade da vida, assim como o vínculo entre produto reprodutivo e gestante (embrionário/fetal/neonatal e intra/extrauterino). O exame da adjetivação dos óbitos pretende iluminar juízos e moralidades incrustrados na descrição dos óbitos GNNs.

O DeCS/MeSH representa linguagens e contextos médicos de atuação. A relevância dos descritores em saúde não está centrada no uso das palavras, mas nos processos de conduta social subjacentes. O vocabulário estruturado da plataforma assinala a exposição dos agentes sociais às regras do jogo. A eficácia e o poder médico são garantidos pela arte de interpretar símbolos em seus contextos de produção. As submissões corporais aos códigos linguísticos sustentam relações de poder invisíveis e garantem a assunção da medicina como ciência neutra, objetiva e universal – a “verdade” na compreensão dos eventos sociais.

A estruturação de saberes é indissociável do emprego linguístico. Na teoria da prática aplicada à linguagem, as regularidades do uso de categorias não são explicadas por convenções ou códigos, mas disposições atitudinais incorporadas e a serviço do discurso. A produção e manutenção de terminologias são formas de ocupar posições nos campos sociais, de modo que as ações e as trajetórias persigam determinados valores. No fluxo de descritores em saúde, a linguagem corresponde à formação dos profissionais; é a expressão da cultura da medicina, internalizada em conhecimento formal. A contaminação dos espaços por gramáticas de saúde fornece identidades aos médicos e assegura intervenções nos corpos humanos.

## 2.1 **Morte**

A disseminação do discurso biomédico impregna os eventos sociais de reprodução, nascimento e morte. A descrição dos conceitos ultrapassa critérios diagnósticos; está em jogo a forma pela qual a medicina reconhece a (in)humanidade de conceitos e os falecimentos (im)passíveis de luto. A linguagem e contingências dos termos escolhidos são relevantes para a noção de pessoa/paciente na ética biomédica e nas políticas de saúde. As mortes GNNs apresentam aspectos biológicos, psicológicos e culturais acerca do valor da finitude e não podem ser definidas como “doença”, na qual os sujeitos se esforçam para superar condições que põem em risco as vidas.

Os óbitos GNNs também não são passíveis de explicações calcadas em lógicas de valorização da agência, isto é, a responsabilização materna por estilos de vida e condutas de cuidado ‘desviantes’ às normas e regras médico-sanitárias e ameaçadoras à integridade do produto reprodutivo (DANIELS, 1996). Da análise dos fatores determinantes na redução das mortes prematuras, estão em jogo entrelaçamentos entre a precarização da vida e a medicina de vigilância. Compreende-se que a saúde GNN preconiza duas estratégias: uma político-econômica e outra de caráter técnico. A primeira, implementada pelos governos, envolve investimentos para a melhoria global das condições de vida e educação das populações. A segunda abrange a (re)estruturação da assistência à saúde materno-infantil (CASPER; MOORE, 2009; CASPER, 2016).

Soares e Menezes (2010) afirmam que as boas práticas em saúde dependem da responsabilidade profissional e compromisso político com a sobrevivência humana e a garantia de justiça social. Para Rouquayrol *et al.* (1996), os óbitos fetais partilham a etiologia das mortes neonatais precoces – são semelhantes as circunstâncias que influenciam o feto no final da gestação e o recém-nascido nos primeiros dias de vida. Entretanto, o DeCS/MeSH subdivide o óbito GNN de acordo com critérios temporais, ou peso e comprimento do concepto.

Quadro 1: Descritores de saúde associados ao *input* “morte” (continua)

Descritor	Índice Hierárquico/Categoria	DeCS/MeSH
<p><b>Morte; Death; Muerte; Mort</b></p>	<p><b><u>DOENÇAS</u></b>            Condições Patológicas Sinais e Sintomas            Processos Patológicos  <b>Morte</b>            Perda do Embrião            Morte Fetal (+)            Morte do Lactente (+)            Morte Perinatal</p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: Cessação irreversível de todas as funções corpóreas manifestada por ausência de respiração espontânea e perda total das funções cardiovascular e cerebral.</p> <p>Nota de indexação <i>Português</i>: Não confundir com <b>Mortalidade</b> (um conceito estatístico); <b>Morte</b> é o conceito biológico, fisiológico ou psicológico; para teoria, doutrina ou filosofia, ver <b>Tanatologia</b>; para morte como um resultado de uma doença ou terapia ou procedimento de diagnóstico, ver <b>Evolução Fatal</b>.</p> <p>Ver também os descritores <i>Português</i>: <b>Assistência Terminal (MeSH); Atitude Frente a Morte (MeSH); Causas de Morte (MeSH); Evolução Fatal (MeSH); Homicídio (MeSH); Infanticídio (MeSH); Luto (MeSH); Morte Encefálica (MeSH); Práticas Mortuárias (MeSH); Suicídio (MeSH); Tanatologia (MeSH).</b></p>
<p><b>Perda do Embrião; Embryo Loss; Pérdida del Embrión; Perte de l'embryon</b></p>	<p><b><u>DOENÇAS</u></b>            Doenças Urogenitais Femininas            Complicações na Gravidez            Complicações na Gravidez            Aborto Espontâneo  <b>Perda do Embrião</b></p> <hr/> <p><b><u>DOENÇAS</u></b>            Condições Patológicas, Sinais e Sintomas            Processos Patológicos            Morte  <b>Perda do Embrião</b></p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: Perda precoce de uma gravidez durante o estágio de desenvolvimento do <b>Embrião de Mamíferos</b>. Em humanos, este período compreende entre a segunda e oitava semanas após <b>Fertilização</b>.</p>

Quadro 1: Descritores de saúde associados ao *input* “morte” (continuação)

<p><b>Morte Fetal; Fetal Death; Muerte Fetal; Mort foetale</b></p>	<p><b><u>DOENCAS</u></b>          Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez          Complicações na Gravidez  <b>Morte Fetal</b>          Reabsorção do Feto          Natimorto</p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: 1) Morte do ser em desenvolvimento no útero. O nascimento de um feto morto é <b>Natimorto</b>. 2) Óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica-se o óbito do feto caso, após a separação, não respire ou apresente outros sinais vitais, como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (CID-10, v. 2, rev. e ampl. 2008, p. 155). Para fins estatísticos de comparação internacional, empregam-se as definições do CID-10: se o produto da concepção possui peso menor de 500 g, idade gestacional inferior a 22 semanas completas ou comprimento coroa-calcanhar de menos de 25 cm, define-se como <b>Aborto</b>; com peso, semanas ou comprimento superiores, trata-se de um <b>Natimorto</b>.</p> <p>Termos alternativos <i>Português</i>: Feto-Morto; Mumificação Fetal; Óbito Fetal.</p> <p>Ver também os descritores <i>Português</i>: <b>Aborto Habitual (MeSH); Morte Perinatal (MeSH); Perda do Embrião (MeSH); Resultado da Gravidez (MeSH); Viabilidade Fetal (MeSH)</b>.</p>
<p><b>Reabsorção do Feto; Fetal Resorption; Reabsorción del Feto; Résorption foetale</b></p>	<p><b><u>DOENCAS</u></b>          Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez          Complicações na Gravidez          Morte Fetal  <b>Reabsorção do Feto</b>          Natimorto</p> <hr/> <p><b><u>DOENCAS</u></b>          Condições Patológicas, Sinais e Sintomas          Processos Patológicos          Morte          Morte Fetal  <b>Reabsorção do Feto</b>          Natimorto</p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: Desintegração e assimilação do feto morto (no útero) em qualquer estágio depois de completar a organogênese (após a 9ª semana de gestação, em humanos). Reabsorção do feto não inclui a reabsorção do embrião (ver <b>Perda do Embrião</b>).</p> <p>Ver também os descritores <i>Português</i>: <b>Perda do Embrião (MeSH)</b>.</p>

Quadro 1 – Descritores de saúde associados ao input “morte” (continuação)

<p><b>Natimorto; Stillbirth; Mortinato; Mortinatalité</b></p>	<p><b><u>DOENCAS</u></b> Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez Complicações na Gravidez Morte Fetal Reabsorção do Feto <b>Natimorto</b></p> <p><b><u>DOENCAS</u></b> Condições Patológicas, Sinais e Sintomas Processos Patológicos Morte Morte Fetal Reabsorção do Feto <b>Natimorto</b></p> <p><b><u>FENÔMENOS E PROCESSOS</u></b> Fenômenos Fisiológicos, Reprodutivos e Urinários Fenômenos Reprodutivos e Fisiológicos Reprodução Gravidez Número de Gestações Resultado de Gravidez Aborto Espontâneo Nascimento Vivo <b>Natimorto</b></p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: 1) Evento em que um feto é nascido morto (ou natimorto). 2) Óbito Fetal Tardio ou Nascido Morto ou Natimorto é o óbito com 28 semanas ou mais de gestação.</p> <p>Termos alternativos <i>Português</i>: Nascido Morto; Nascidos Mortos; Nascimento sem Vida; Natimorto Intraparto; Natimorto Pré-Parto; Natimorto durante o Parto; Natimorto durante o Trabalho de Parto; Natimortos; Perda Fetal Tardia; Perdas Fetais Tardias; Óbito Fetal Tardio.</p>
<p><b>Morte do Lactente; Infant Death; Muerte del Lactante; Mort infantile</b></p>	<p><b><u>DOENCAS</u></b> Condições Patológicas, Sinais e Sintomas Processos Patológicos Morte <b>Morte do Lactente</b> Morte Súbita do Lactente</p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: Morte de um <b>Lactente</b> nascido vivo dentro de seu primeiro ano de vida.</p> <p>Nota de indexação <i>Português</i>: Usar <b>Morte Perinatal</b> para as mortes de lactentes com menos de 28 dias de idade; não confundir com <b>Mortalidade Infantil</b>, um conceito estatístico.</p> <p>Ver também os descritores <i>Português</i>: <b>Mortalidade Infantil (MeSH); Morte Perinatal (MeSH); Mortalidade Perinatal (MeSH).</b></p>
<p><b>Morte Súbita do Lactente; Sudden Infant Death; Muerte Súbita del Lactante; Mort subite du nourrisson</b></p>	<p><b><u>DOENCAS</u></b> Condições Patológicas Sinais e Sintomas Processos Patológicos Morte Morte Súbita <b>Morte Súbita do Lactente</b></p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: Morte súbita e inexplicada de um lactente (aparentemente) saudável, abaixo de um ano de idade, permanecendo inconclusiva após a investigação completa do caso. Entre os procedimentos de análise, estão: uma autópsia completa, exame da cena da morte e revisão do histórico clínico.</p> <p>Termos alternativos <i>Português</i>: Morte Infantil Súbita; Morte Súbita na Infância; Morte no Berço; SMSL; Síndrome da Morte Súbita do Lactente; Síndrome da Morte Súbita na Infância</p>

Quadro 1 – Descritores de saúde associados ao *input* “morte” (conclusão)

<b>Morte Perinatal; Perinatal Death; Muerte Perinatal; Mort périnatale</b>	DOENÇAS Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez Complicações na Gravidez <b>Morte Perinatal</b>	Nota de escopo <i>Português</i> : Morte de um feto de <b>Idade Gestacional</b> de 28 semanas ou mais, ou morte de um <b>Lactente</b> nascido vivo com menos de 28 dias de idade.  Termos alternativos <i>Português</i> : Morte Neonatal.  Nota de indexação <i>Português</i> : Não confundir com <b>Mortalidade Perinatal</b> , um conceito estatístico.  Ver também os descritores <i>Português</i> : <b>Morte Fetal (MeSH); Morte do Lactente (MeSH); Mortalidade Perinatal (MeSH)</b> .
--	--	--

Fonte: DeCS/MeSH, 2020. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>.

A busca por “morte” fornece os descritores “perda do embrião”, “morte fetal”, “morte do lactente” e “morte perinatal”. Desintegrado ou absorvido pelo organismo materno, a “perda do embrião” é o fim precoce de uma gestação entre a segunda e oitava semanas após fertilização, em decorrência de abortos habituais ou ocasionais. Quanto à “morte fetal”, o dispositivo segue as recomendações da *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)* para fins de comparação internacional: se o conceito possui peso menor de 500g, idade gestacional inferior a 22 semanas completas ou comprimento coroa-calcanhar de menos de 25 cm, designa-se “aborto”; com duração ou medidas superiores, “natimorto”.

Utilizados para designar os seres não nascidos, os termos “embrião” e “feto” apresentaram mudanças de significado e importância discursiva na era contemporânea. O status moral de pessoa impregna os debates bioéticos, numa exacerbação característica da profundidade e da sistematicidade da ideologia individualista, fonte principal de representações jurídico-políticas (DUARTE, 2012). O jogo de linguagem dos termos “aborto” e “natimorto” é exemplar na análise dos níveis de atualização da subjetividade, conforme se privilegie o nascituro isolado do contexto materno ou se defenda a agência feminina sobre seu próprio corpo. A ciência médica vacila entre dois posicionamentos: um ente indistinto a ser pessoa (o “abortado”) ou um indivíduo autônomo, reconhecido pela sua humanidade potencial (o “natimorto”).

As categorias médicas demonstram a relevância do corpo na constituição subjetiva e social. Desintegrado ou assimilado pelo útero materno em qualquer estágio após a 9ª semana de gestação, o desaparecimento por “reabsorção do feto” desafia a validade biológica de concepção e existência ontológica. É interessante observar que a “reabsorção do feto” não contempla a perda do embrião – são estágios distintos na construção social dos estatutos de

pessoa e paciente pela medicina. Sinônimo de “nascimento sem vida”, a categoria “natimorto” expressa o recalçamento coletivo da biografia do falecido e da inscrição social dos projetos de maternidade/paternidade de acometidos. Enquanto “óbito fetal tardio”, corresponde aos falecimentos com 28 semanas ou mais de gestação.

A versão em língua inglesa do descritor “natimorto” – “*stillborn*” – é alvo de críticas em pesquisas norte-americanas. Ao debruçar sobre movimentos sociais de afetados por óbitos GNNs, as pesquisas em humanidades sugerem a escrita em duas palavras, “*still born*”. Com a significação de “ainda nascido”, há o enaltecimento da experiência de condição de pessoa no corpo morto. A identidade e a inscrição social, o trabalho de parto e o nascimento são valorizados. A categoria “aborto”, mesmo quando qualificado como espontâneo, é evitado pela possível associação do termo às decisões femininas de interrupção da gravidez (REINHARZ, 1988; LAYNE, 2013).

Das moralidades presentes em designações médicas decorrem negligências nos serviços de saúde. A análise das ocorrências dos óbitos não faz parte do *ethos* da medicina e das rotinas de trabalho. A adjetivação do conceito como usuário e sujeito de direitos é recalcada por sua morte – são raros os esforços direcionados à identificação de falecimentos intrauterinos (BRASIL, 2009). Em oposição, o descritor “morte súbita do lactente”, englobado pela “morte do lactente”, contempla indicações de manejo médico-legais. São elas: autópsia completa, exame da cena de morte e revisão do histórico clínico. Conhecido na cultura popular como “óbito no berço”, é a morte súbita e *inexplicada* de um lactente *aparentemente* saudável, abaixo de um ano de idade, permanecendo inconclusiva após a investigação completa do caso.

A “síndrome da morte súbita do lactente” (SMSL) é a principal causa de mortes infantis (com destaque ao fator neonatal) em países ricos e acomete com maior frequência populações de baixa renda. Suas características e taxas de incidência são desconhecidas. Contudo, nos países do sul global com significativos contingentes populacionais pobres, as mortes são geralmente associadas a doenças infecciosas e desnutrição. Devido à falta de dados epidemiológicos, a SMSL escapa aos diagnósticos profissionais e informações sobre fatores de risco não estão incluídas nas ações de educação em saúde (PINHO; AERTS; NUNES, 2008).

Incorporado em horizontes normativos, o *ethos* profissional em saúde colabora na adoção de conceitos médicos como medidas políticas e sociais. A assistência está além da combinação das dimensões de vigilância e promoção de cuidado. Ainda que as práticas de atenção apresentem tendências de superação de modelos centrados na doença, na propriedade curativa e na intervenção medicamentosa, as evidências epidemiológicas carecem da incorporação de variáveis relativas aos valores e estilos de vida individuais e coletivos. A

inclusão desses aspectos alarga o escopo dos métodos epidemiológicos, pois vinculam o controle de agravos às problemáticas sociais (AYRES, 2009). Trata-se da

“[...] maior ironia de todas: usamos dados agregados para medir e criar problemas por meio de verdades demográficas para, em seguida, deixar de buscar soluções *verdadeiramente* agregadas (ou seja, estruturais), como saúde expandida no acesso aos cuidados ou eliminação da pobreza e do racismo.”<sup>23</sup> (CASPER; MOORE, 2009, p. 72, grifo das autoras, tradução nossa).

\*\*\*

O descritor “morte perinatal” pretende abarcar a ‘pluralidade’ dos óbitos GNNs. Na oitava revisão da *Classificação Internacional de Doenças* (CID-8) em 1967, a Organização Mundial da Saúde (OMS), define “perinatal” como o período entre a 28ª semana de gestação ou seres com peso acima de 1000g e o sétimo dia de vida. A CID-10, publicada em 1993 e adotada pelo Brasil em 1996, estende o intervalo até a 22ª semana ou acima de 500g (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002). Enquanto resultado de “complicações na gravidez” e “processos patológicos”, o descritor indica uma possível culpabilização das mulheres; suas fisiologias acarretam a morte dos filhos que geram. As moralidades médicas deslocam as responsabilidades dos cuidados em saúde. Diante da morte, a vigilância biomédica cede espaço para lógicas em saúde centradas no ‘não cuidado’ consigo ou ‘incompetência’ biológica. A categorização patológica dos óbitos poupa críticas à assistência deficitária de serviços obstétricos e neonatais.

Sem referências explicativas, o DeCS/MeSH descreve a categoria de maneira distinta daquelas encontradas nos CID-8 e CID-10, adotadas pelo Ministério da Saúde. A plataforma recomenda o emprego para óbitos com idade gestacional mínima de 28 semanas ou recém-nascidos com menos de 28 dias. Para De Lorenzi *et al.* (2001), o emprego do termo “morte perinatal” é problemático; a distinção das categorias de nascido vivo, morte fetal e neonatal é relevante aos dados demográficos e epidemiológicos. O momento do falecimento deve ser esclarecido: ocorreu antes ou durante o parto, após a internação hospitalar? A estruturação dos cuidados materno-infantis será beneficiada com um melhor discernimento dos dados.

No caso de análises epidemiológicas e estatísticas, verifica-se a valorização do componente neonatal<sup>24</sup>, subdividido em precoce<sup>25</sup> e tardio<sup>26</sup>. Quando a categoria é explorada pelo

---

<sup>23</sup> “[...] *the largest irony of all: we use aggregate data to measure and create problems through demographic truths, then fail to pursue truly aggregate (i.e., structural) solutions such as expanded health care access or elimination of poverty and racism.*”

<sup>24</sup> A morte neonatal compreende os óbitos ocorridos entre 0 e 27 dias completos de vida (DeCS/MeSH, 2020).

<sup>25</sup> A morte neonatal precoce compreende os óbitos ocorridos entre 0 e 6 dias de vida (DeCS/MeSH, 2020).

<sup>26</sup> A morte neonatal tardia compreende os óbitos ocorridos entre 7 e 27 dias de vida (DeCS/MeSH, 2020).

olhar das ciências humanas e sociais, são incluídos os óbitos intrauterinos (fetais), consoante a postura ética da presente pesquisa. A noção de pessoa no direito à atenção em saúde impregna as estatísticas vitais brasileiras. Há subnotificações de óbitos e nascimentos, principalmente nas regiões Norte e Nordeste; e não são raros os nascidos vivos registrados como natimortos (BRASIL, 2009). A demografia torna-se um profícuo objeto de investigação não apenas por seus dados numéricos, mas pelas moralidades incrustradas. A opção por categorias é um exercício político que revela atitudes e intenções de conduta em relação aos corpos reprodutivos e vidas GNNs.

## 2.2 Aborto

Se todos os descritores extraídos de “morte” estão incluídos na categoria “doença”, quanto ao termo “aborto” não é o caso. Identificado como “saúde pública”, envolve ações destinadas ao “planejamento familiar” e à “anticoncepção”. O abortamento é campo de disputas morais. De um lado, há movimentos sociais que buscam legitimar a interrupção voluntária e segura da gravidez como direito feminino; de outro, estão as vozes que querem assegurar o direito à vida desde a concepção. Segundo Heilborn (2012), a pluralidade cultural é um argumento central na ponderação dos direitos reprodutivos. O aborto é definido como um processo de decisão acerca de uma gravidez imprevista ou indesejada. O exercício da heterossexualidade e o manejo reprodutivo expõem as relações entre os gêneros: a assimetria dos corpos na divisão do trabalho reprodutivo e a participação masculina no evento. A decisão pelo aborto conecta diferentes dimensões: autonomia feminina, o porvir do conceito como pessoa e a participação masculina na fecundação. A abordagem socioantropológica permite refletir sobre a teia de relações e jogos de poder que estão na base das discussões acerca dos direitos reprodutivos femininos.

Quadro 2: Descritores de saúde associados ao *input* “aborto” (continua)

Descritor	Índice Hierárquico/Categoria	DeCS/MeSH
<b>Aborto; Abortion; Aborto; Avortement</b>	<u><b>SAÚDE PÚBLICA</b></u> Atenção à Saúde Saúde de Grupos Específicos Saúde Sexual e Reprodutiva Saúde Reprodutiva Planejamento Familiar Anticoncepção <b>Aborto</b>	Nota de escopo <i>Português</i> : Interrupção da gravidez pela morte do feto ou embrião junto com os anexos ovulares. Pode ser espontâneo ( <b>Aborto Espontâneo</b> , também conhecido como “miscarriage” em inglês) ou provocado ( <b>Aborto Induzido</b> ). O feto com menos de 0,5 kg ou 20 semanas de gestação é considerado abortado ( <b>Feto Abortado</b> ).  Termos alternativos <i>Português</i> : Abortamento.  Ver também os termos <i>Português</i> : <b>Abortivos (MeSH); Aborto Espontâneo (MeSH); Aborto Induzido (MeSH)</b> .
<b>Aborto Espontâneo; Abortion, Spontaneous; Aborto Espontâneo; Avortement spontané</b>	<u><b>DOENCAS</b></u> Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez Complicações na Gravidez <b>Aborto Espontâneo</b> Aborto Habitual Incompetência do Colo do Útero  Aborto Incompleto Aborto Retido Aborto Séptico Aborto Animal Perda do Embrião Ameaça de Aborto  <u><b>FENÔMENOS E PROCESSOS</b></u> Fenômenos Fisiológicos Reprodutivos e Urinários Fenômenos Reprodutivos Fisiológicos Reprodução Gravidez Número de Gestações Resultado de Gravidez <b>Aborto Espontâneo</b> Nascimento Vivo Natimorto	Nota de escopo <i>Português</i> : Expulsão do produto da concepção antes que se complete a 20ª semana de gestação, sem interferência deliberada.  Termos alternativos <i>Português</i> : Aborto Tubário; Abortos Espontâneos; Interrupção Involuntária da Gravidez; Perda Precoce da Gravidez; Perdas Precoces das Gestações.  Nota de indexação <i>Português</i> : Não confundir com <b>Aborto Induzido</b> .  Ver também os descritores <i>Português</i> : <b>Abortivos (MeSH); Feto Abortado (MeSH)</b> .

Quadro 2 – Descritores de saúde associados ao *input* “aborto” (continuação)

<p><b>Aborto Habitual; Abortion, Habitual; Aborto Habitual; Avortements à répétition</b></p>	<p><b><u>DOENÇAS</u></b> Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez Complicações na Gravidez Aborto Espontâneo <b>Aborto Habitual</b> Incompetência do Colo do Útero</p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: Três ou mais abortos espontâneos consecutivos.</p> <p>Termos alternativos <i>Português</i>: Abortamento Habitual; Aborto Recidivante; Aborto Recidivante do Feto; Perda Recorrente do Embrião.</p> <p>Ver também os descritores <i>Português</i>: <b>Morte Fetal (MeSH); Perda do Embrião (MeSH).</b></p>
<p><b>Incompetência do Colo do Útero; Uterine Cervical Incompetence; Incompetencia del Cuello del Útero; Béance cervico-isthmique</b></p>	<p><b><u>DOENÇAS</u></b> Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez Doenças Urogenitais Femininas Doenças dos Genitais Femininos Doenças Uterinas Doenças do Colo do Útero <b>Incompetência do Colo do Útero</b></p> <hr/> <p><b><u>DOENÇAS</u></b> Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez Complicações na Gravidez Aborto Espontâneo Aborto Habitual <b>Incompetência do Colo do Útero</b></p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: O colo uterino incompetente geralmente é diagnosticado no segundo trimestre da gravidez, sendo caracterizado por dilatação cervical indolor passiva, sem contração uterina, hemorragia, infecção e às vezes com o saco amniótico (membrana amniótica) extravazando através do colo parcialmente dilatado. Sem tratamento, essa situação pode levar a uma perda prematura, como o <b>Aborto Habitual</b>.</p> <p>Termos alternativos <i>Português</i>: Incompetência Cervical; Incompetência Cervicouterina; Incompetência da Cerviz Uterina; Incompetência do Colo Uterino.</p> <p>Nota de indexação <i>Português</i>: <b>Feminino e Gravidez.</b></p>
<p><b>Aborto Incompleto; Abortion, Incomplete; Aborto Incompleto; Avortement incomplet</b></p>	<p><b><u>DOENÇAS</u></b> Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez Complicações na Gravidez Aborto Espontâneo <b>Aborto Incompleto</b></p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: Perda prematura da gravidez, em que nem todos os produtos da fertilização foram expelidos.</p> <p>Nota de indexação <i>Português</i>: Restrito a abortos espontâneos, não induzidos; <b>Feminino e Gravidez.</b></p>
<p><b>Aborto Retido; Abortion, Missed; Aborto Retido; Rétention foetale</b></p>	<p><b><u>DOENÇAS</u></b> Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez Complicações na Gravidez Aborto Espontâneo <b>Aborto Retido</b></p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: Retenção no útero de um feto morto, dois meses ou mais depois de sua morte.</p> <p>Termos alternativos <i>Português</i>: Aborto Frustrado.</p> <p>Nota de indexação <i>Português</i>: <b>Feminino e Gravidez.</b></p>

Quadro 2 – Descritores de saúde associados ao *input* “aborto” (continuação)

<p><b>Aborto Séptico; Abortion, Septic; Aborto Séptico; Avortement septique</b></p>	<p><b><u>DOENCAS</u></b>          Infecções          Complicações Infeciosas na Gravidez  <b>Aborto Séptico</b>          Infecção Puerperal</p> <hr/> <p><b><u>DOENCAS</u></b>          Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez          Complicações na Gravidez          Aborto Espontâneo  <b>Aborto Séptico</b></p> <hr/> <p><b><u>DOENCAS</u></b>          Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez          Complicações na Gravidez          Complicações Infeciosas na Gravidez  <b>Aborto Séptico</b>          Complicações Parasitárias na Gravidez          Infecção Puerperal</p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: Qualquer tipo de aborto (induzido ou espontâneo) que está associado com infecção do útero e seus anexos. Caracteriza-se por febre, sensibilidade uterina e supuração fétida.</p> <p>Nota de indexação <i>Português</i>: <b>Feminino e Gravidez.</b></p>
<p><b>Ameaça de Aborto; Abortion, Threatened; Amenaza de Aborto; Menace d'avortement</b></p>	<p><b><u>DOENCAS</u></b>          Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez          Complicações na Gravidez  <b>Ameaça de Aborto</b></p>	<p>Nota de indexação <i>Português</i>: Hemorragia uterina em uma gravidez com menos de 20 semanas, sem dilatação cervical. É caracterizado por sangramento vaginal, desconforto dorsal inferior, ou câmbra pélvica na linha média; fator de risco para <b>Aborto Espontâneo</b>.</p> <p>Termos alternativos <i>Português</i>: Ameaça de Aborto Involuntário.</p> <p>Nota de indexação <i>Português</i>: <b>Feminino e Gravidez.</b></p>
<p><b>Feto Abortado; Aborted Fetus; Feto Abortado; Foetus avorté</b></p>	<p><b><u>ANATOMIA</u></b>          Estruturas Embrionárias          Feto  <b>Feto Abortado</b></p>	<p>Nota de escopo <i>Português</i>: Feto de mamífero expelido pelo <b>Aborto Induzido</b> ou <b>Aborto Espontâneo</b>.</p> <p>Ver também os descritores <i>Português</i>: <b>Aborto Espontâneo (MeSH); Aborto Induzido (MeSH).</b></p>

Quadro 2 – Descritores de saúde associados ao *input* “aborto” (conclusão)

<b>Aborto Induzido; Abortion, Induced; Aborto Inducido; Avortement provoqué</b>	<u><b>TÉCNICAS E EQUIPAMENTOS ANALÍTICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS</b></u> Procedimentos Cirúrgicos Operatórios Procedimentos Cirúrgicos Obstétricos <b>Aborto Induzido</b> Aborto Eugênico Aborto Legal Aborto Terapêutico Redução de Gravidez Multifetal	Nota de escopo <i>Português</i> : Remoção intencional de um feto do útero por qualquer uma das numerosas técnicas. Taxa de abortos: número estimado de abortos por cada mil mulheres com idade compreendida entre 15 e 44 anos num determinado ano.  Termos alternativos <i>Português</i> : Aborto Induzido por Drogas; Aborto Provocado; Aborto Prévio; Aborto com Solução Salina; Aborto Fracassado; Controle da Fertilidade Pós-Concepção; Embriotomia; Grupo Antiaborto; História de Aborto; Taxa de Aborto; Técnica de Aborto; Índice de Aborto.
	<u><b>SAÚDE PÚBLICA</b></u> Estudos Populacionais em Saúde Pública Estatísticas Vitais Taxas, Razões e Proporções Mortalidade <b>Aborto Induzido</b>	Nota de indexação: <b>Feminino e Gravidez.</b>  Ver também os descritores <i>Português</i> : <b>Feto Abortado (MeSH).</b>

Fonte: DeCS/MeSH, 2020. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>.

A definição do DeCS/MeSH para o termo é ampla. Abrange a interrupção de gravidez pela morte do feto ou embrião junto com os anexos ovulares. As descrições para aborto escamoteiam intenções. A apresentação do fenômeno pelo par de oposição “espontâneo” ou “induzido” permite reflexões sobre o *modus operandi* do saber médico. O “aborto espontâneo” é efeito de “doenças urogenitais femininas” e “complicações na gravidez”. Refere-se à expulsão do concepto sem interferência deliberada antes da 20ª semana completa de gestação. A plataforma sugere o emprego de “aborto espontâneo” nos casos de *miscarriage* – termo em inglês para interrupções de gravidez não intencionais.

A versão inglesa do descritor é criticada nas etnografias norte-americanas realizadas por pesquisadoras dos estudos de gênero. As interlocutoras afetadas pelo fenômeno expressam desconforto na tradução do fenômeno por terminologias médicas. A ressalva sustenta-se no argumento da responsabilização materna pela manutenção saudável da vida intrauterina. O uso de “*miscarriage*”<sup>27</sup> implica uma negligência por parte da mulher em relação à gestação por condutas incompatíveis com a produção de “bebês de qualidade”. O prefixo “mis” inclui os sentidos de errado, ruim ou negação; de estilos de vida desviantes decorreriam as mortes (*in*)voluntárias dos nascituros (PETCHESKY, 1987; LAYNE, 2013).

<sup>27</sup> Para fins interpretativos, analisa-se “*miscarriage*” a partir do prefixo e do vocábulo em inglês “*carriage*”. Adicionado a verbos ou a palavras originárias de verbos, o uso de “*mis*” indica ações executadas de maneira errada ou deficiente. O termo “*carriage*” possui inúmeros significados – dentre eles, a forma como uma pessoa se move ou sustenta seu corpo quando em pé, sentada ou andando. Nesse caso, é sinônimo de atitude ou postura (Cambridge Dictionary, s.d.).

Não existem grandes distinções na gestão médica de abortos espontâneos e provocados. A ética do cuidado – ou sua ausência/ineficácia – promovem sentimentos de culpa e angústia diante da necessidade de hospitalização para dilatação e curetagem (D&C) ou recuperação das condições de saúde. As pesquisas de McCallum, Menezes e Reis (2016) e Zordo (2016) são relevantes na compreensão do embaralhamento de moralidades no manejo clínico de abortos espontâneos e provocados. Retratos da assistência à saúde pública de Salvador/BA, as duas produções assinalam lógicas institucionais acerca dos corpos reprodutivos; os conceitos morrem por sentimentos “antimãe”. Os abortos não são discriminados. Devido à generalização dos episódios como provocados, cabe às acometidas provar a natureza de suas perdas GNNs. Os abortos espontâneos escapam ao enquadramento sugerido pelo DeCS/MeSH de “fenômeno *fisiológico* reprodutivo”.

Entretanto, os descritores em saúde refutam a culpabilização feminina pela morte dos filhos, uma vez que admite-se três “resultados de gravidez”. Se as categorias “nascido vivo” e “natimorto” representam um par de oposição vida/morte, a expulsão de conceitos por abortos espontâneos não representa um nascimento, ritual de entrada no mundo social. O eufemismo biomédico por adjetivação ou uso do termo inglês revela hipérboles acerca da vida intrauterina. A leitura atenta dos descritores de saúde demarca bebês enlutáveis e “aglomerados celulares”, consoante as definições de Lupton (2013). A autora assinala a fluidez na noção de pessoa através de argumentos teológicos e bioéticos: para os primeiros, os conceitos são crianças em potencial, dignos da proteção e direitos oferecidos aos outros seres. Na visão médica, eles carecem de uma personalidade plena e a humanidade decorre de um *continuum* gestacional.

No DeCS/MeSH, os episódios que desviam o corpo feminino de seu propósito reprodutivo são desqualificados e entendidos como patologia. A ciência médica propõe uma série de termos capazes de enquadrar o fenômeno dos óbitos GNNs: “aborto habitual”, “incompetência do colo de útero”, “aborto incompleto”, “aborto retido”, “aborto séptico” e “perda do embrião”. O “aborto habitual” caracteriza-se por três ou mais episódios espontâneos consecutivos. Essa nomenclatura só reconhece o projeto de família após inúmeros episódios de ‘insucesso’ procriativo. A repetição garante a condição de “tentante”, mãe/pai em potencial. Para o descritor “reabsorção do feto”, há outra exigência. O estatuto de “grávida” é designado pela presença de vestígios biológicos no útero.

A biomedicina define as perdas gestacionais ora como um processo “com bebê” – paciente localizado dentro do útero materno, ora desconsidera a humanidade dos conceitos. Por exemplo, o termo “feto abortado” é englobado pela categoria “anatomia”: não é sujeito ou possui um corpo. É uma estrutura embrionária de mamífero, morta e expelida por aborto

induzido ou espontâneo. Por meio da categoria “feto tumoral” de Luc Boltanski (2013), os diferentes tipos de aborto (“retido”<sup>28</sup>, “incompleto”<sup>29</sup> e “séptico”<sup>30</sup>) são compreendidos como “doenças”. Devido às propriedades curativas das ações em saúde, a atenção materno-infantil volta-se à extração dos resquícios reprodutivos do útero. Os estatutos de “grávida” e “paciente” são dissipados.

Diante da admissão do feto como peça anatômica, o “aborto induzido” ultrapassa o exercício da agência e voluntarismo individual. Prática profissional da assistência médica, trata-se de “técnica e equipamento analítico, diagnóstico e terapêutico”; é um “procedimento cirúrgico e operatório”, com propósitos eugênicos e clínicos (“redução da gravidez multifetal”, por exemplo). As variadas modalidades de interrupção de gravidez – “drogas”, “solução salina”, entre outras – são aceitáveis quando aplicadas por instituições de saúde nos processos de remoção dos indícios de ‘fracasso’ conceutivo.

Sobre os episódios de D&C, McCallum, Menezes e Reis (2016) afirmam que o procedimento é associado à ideia de que a medicina é responsável pela higienização dos corpos: o útero é renovado e a fertilidade feminina é restaurada. Na compreensão das mulheres de classes populares entrevistadas, a D&C “limpa o útero” de “restos” e “sujeiras” e aumentam a capacidade de engravidar novamente. Voltado a intervenções de cura, o saber biomédico assume seu caráter preventivo. Contudo, os riscos não são condições de saúde individuais, mas aquelas que ameaçam a produção de descendentes.

As equipes de saúde não vislumbram o teor subjetivo de suas práticas ao casal enlutado pela interrupção de projetos de família. O casal acometido é defrontado por saberes que revogam a vida da criança desejada e limitam a atenção aos enlutados. O argumento de evitação de infecções não é suficiente; a inscrição social e discriminação dos filhos como “membros da família” faz com que os processos de D&C sejam qualificados como parto (“*miscarriage-labor*”<sup>31</sup>). O investimento emocional no filho e a inabilidade de reconhecer a “dor do aborto” como fim (ou desestruturação) do projeto de criança dificultam a compreensão do fenômeno para as figuras parentais. A “normalização dos sintomas” da indução à expulsão sustentada pela crença de “ainda grávida” deriva da falta de informações sobre mortes gestacionais e suas repercussões corporais e psíquicas (REINHARZ, 1988).

---

<sup>28</sup> Perda prematura de gravidez, em que nem todos os produtos da fertilização foram expelidos.

<sup>29</sup> Retenção no útero de um feto morto, dois meses ou mais depois de sua morte.

<sup>30</sup> Qualquer tipo de aborto (induzido ou espontâneo), com infecção do útero e seus anexos. É caracterizado por febre, sensibilidade uterina e supuração fétida.

<sup>31</sup> A expressão, cunhada por Reinhartz (1988), soma experiências de aborto espontâneo e parto na interrupção involuntária de gravidez.

O descritor “incompetência do colo de útero” permite ponderações acerca das expectativas e repercussões coletivas do insucesso reprodutivo. Essa categoria refere-se ao efeito de doenças relacionadas aos sistemas urinário e reprodutor femininos. Diagnosticado no segundo trimestre de gravidez, trata-se de uma dilatação indolor passiva, sem contração uterina, hemorragia ou infecção, e extravaso de saco amniótico no colo de útero. Sem acompanhamento médico, pode ocasionar perda prematura da gestação, assim como o aborto habitual. A definição do aparato biológico como “incompetente”, adjetivo usado para traços de personalidade e ações humanas, possibilita ponderações sobre a epistemologia médica. Ainda que a clínica esteja calcada na gestão de riscos e imprevisibilidades, tais considerações são tratadas como “acidentes normais”, ironia diante da constatação da impotência profissional (PAGET, 2004).

A engenharia corporal humana, complexa e interativa, recalca responsabilidades médicas no exercício do cuidado. Do útero falho decorre a identificação de profissionais de saúde como ‘salvadores’, pois acompanham mulheres assombradas pelo risco de morte iminente de seus filhos.

A descrição de um médico sobre seu trabalho não enfatiza a natureza errática do processo diagnóstico e terapêutico; em vez disso, valoriza refinamentos e progressos do processo. [...] A descrição clínica enfatiza o desenvolvimento de observações, isto é, repetidas revisões ao longo do tempo sobre o fenômeno da doença.<sup>32</sup> (PAGET, 2004, p. 20-21, tradução nossa).

A noção de risco é evocada pela categoria “ameaça de aborto”. Refere-se à hemorragia uterina na gravidez com temporalidade de 20 semanas do conceito, sem dilatação cervical e caracterizada por sangramento vaginal, desconforto dorsal inferior ou câimbra pélvica na linha média. Por mais que haja inúmeras tecnologias reprodutivas a serviço da vida intrauterina, as mortes gestacionais escapam ao controle individual e à vigilância médica. Entretanto, justificativas de autocontrole e responsabilidade pautam a compreensão do fenômeno. A cultura do desempenho reverbera discursos de vocação à maternidade: o sucesso na reprodução decorre do compromisso de autossacrifício, pelo qual o valor moral das mulheres é medido e avaliado (MEMMI, 2003). A ameaça de aborto e insucesso recai sobre os corpos femininos. Se os indivíduos são plenamente responsáveis por seus próprios destinos, não há mais ninguém a culpar.

Inserida nos processos biomédicos, a valorização de competências individuais são formas emergentes de darwinismo social. Em estudo sobre os modelos culturais de

---

<sup>32</sup> “A clinician’s description of medical work does not emphasize the error-ridden nature of the diagnostic and therapeutic process; instead, it stresses the progressive refinement and modification of the process. [...] A clinician’s description emphasizes the development of her observations, that is, the repeated revisions of her observations through time and the development of the phenomenon of illness.”

compreensão popular de processos biomédicos, Emily Martin (1994) observa que os fenômenos de saúde/doença são empregados como métodos de medição de pessoas e grupos. A disposição biológica determina eleitos/marginalizados e permite a hierarquia populacional por sentidos de (im)potência. No universo GNN, a produção de descendentes é o resultado da força genética individual, mantida por ideais de autorrealização e aperfeiçoamento constante. Consoante outros descritores, a vida intrauterina é ameaçada por atitudes maternas. Se a mulher for disciplinada e seguir as orientações biomédicas, será recompensada – o bebê saudável realiza o projeto de família e concretiza as identidades de mãe/pai.

\*\*\*

A experiência contemporânea da morte GNN assinala a fluidez presente na conceituação da prematuridade da vida como pessoa. O próprio termo “gestacional e neonatal” emerge diante da sobreposição de vocabulários médicos dispostos a oferecer sentidos globais a episódios individuais e culturalmente delimitados. As evidências médicas de sucesso reprodutivo restringem e generalizam as relações de cuidado. Os comportamentos dirigem-se para ações concretas de intervenção no corpo. Voltadas à manutenção do funcionamento biológico, as ciências da saúde demonstram suas efetividades em procedimentos sistemáticos; validados em diversos contextos, aspiram o estatuto de conhecimento da realidade.

### 3 LUTO GESTACIONAL E NEONATAL: O INSUCESSO DAS EXPECTATIVAS COMO EXPERIÊNCIA DE SAÚDE

O conjunto de discursos e práticas em saúde acerca da reprodução, do nascimento e da morte é amplamente discutido pelas ciências sociais. Antropólogos, etnólogos e historiadores debruçam-se sobre culturas e rituais para compreender a constituição de pessoa e a finitude em âmbitos biológico e social. Entretanto, até os anos 1990, raras eram as pesquisas internacionais voltadas a união de ambos os fenômenos – reprodução e morte GNN. As produções acadêmicas norte-americanas e francesas dedicadas aos fetos/recém-nascidos falecidos ganharam visibilidade nos últimos anos; a leitura crítica desafia as noções de vida/morte, pessoa, humanidade e agência.

A antropóloga americana Monica Casper (1994; 1998) examina o caráter fluido da humanidade de conceitos através da análise comparativa de cirurgias intrauterinas. A heterogeneidade de tratamento baseia-se na representação de entidades materiais em torno das quais pesquisadores e clínicos organizam suas práticas. Cada uma das construções biossociais de produto gestacional pela medicina permite atribuições particulares de agência e pessoa, ou “agência não humana” e “actante”, conceitos introduzidos pelas pesquisas em ciência e tecnologia. As definições polarizadas e assimétricas de humano e não-humano obscurecem a continuidade entre as categorias. Enquanto a abordagem humanista questiona a qualificação da inumanidade pelo saber científico, a ênfase dos estudos não-humanos elimina questões de responsabilidade dos pesquisadores sobre suas práticas e procedimentos (CALLON; LATOUR, 1992).

Do ponto de vista fisiológico, as cirurgias uterinas trabalham com seres humanos vivos, inteiros e intactos; já nas pesquisas genéticas, o material orgânico morto é repartido em componentes celulares. No universo simbólico do saber médico, ora o conceito é ator corporificado dentro do útero de uma mulher grávida, ora é objeto desencarnado. Na cirurgia, o estatuto de paciente possibilita intervenções biomédicas, ao passo que nas pesquisas em saúde, a tecnologia é a intervenção. De definições médico-científicas por matrizes de (in)humanidade decorrem consequências aos afetados por óbitos GNNs.

A antropologia da saúde e o fenômeno da morte GNN desafiam a compreensão de categorias biológicas como “naturais”. Embora sejam figuras centrais nas tecnologias reprodutivas e estudos de tecidos, o dualismo conceitual vida/morte apresenta destaque nas atribuições de humanidade de nascituros. A problematização das qualificações permite ponderar as condições sob as quais essas entidades são constituídas como “humanas” e “não-

humanas”. Examinar o ‘tráfego’ entre ambos os pólos – enquadramentos, margens e limites – revela valores contemporâneos acerca dos eventos de nascimento e óbito atravessados pela tecnociência.

A separação da concretude do corpo e da simbologia subjetiva colaborou no recalçamento social das mortes GNNs. Atos médicos e propostas higienistas acerca do parto deslegitimam os rituais de despedida e reintegração dos mortos. Está em jogo o reconhecimento da noção como pessoa, membro de um grupo social. Nos casos de recém-nascidos vivos, os atestados e documentos legais permitem o estatuto de cidadão ao filho perdido. Contudo, dependendo das moralidades médicas e da idade gestacional, os produtos reprodutivos não possuem identidade civil ou direito ao sepultamento (DUMOULIN; VALAT, 2001; BRASIL, 2009).

Durante o século XX, a morte prematura expressava o estigma do “insucesso reprodutivo e médico”. O sofrimento das mulheres afetadas demandava sigilo. Gestações interrompidas e vidas perdidas, bem como a descoberta de más-formações e deficiências, frustravam o objetivo primordial da união conjugal. A negação dos valores de família, parto e procriação abalava as expectativas sociais e os códigos sanitários, éticos e estéticos que regem as populações – a *callipedia*<sup>33</sup> ou arte de fazer crianças bonitas. A biomedicina transformou os cenários de nascimento pela exigência de “sucesso” na geração de descendentes (LE GRAND-SÉBILLE, 2004).

A preponderância dos atos médicos reflete dimensões ideológicas codificadas em práticas profissionais. A natureza das repetições técnicas objetiva uma economia simbólica acerca da finitude. A anulação das mortes nas esferas médicas e hospitalares reforça o empreendimento da modernidade: o afastamento das emoções – a insensibilização – nas mentalidades ocidentais (DUARTE, 1998). O cadáver de um conceito/recém-nascido morto é qualificado como estranho às instituições familiares e de saúde. A indiferenciação dos produtos de abortos, o anonimato sistemático e o silêncio são consequências da transformação dos óbitos GNNs em desperdícios anatômicos e emocionais.

Se o registro e inscrição social dos falecidos não é prioridade dos sistemas de saúde, a ênfase da postura desses profissionais também não está centrada no acompanhamento de casais e familiares enlutados. Na afetação por óbitos GNNs, o direito ao luto é negado e aconselha-se o rompimento de vínculos com o “bebê” perdido. Diante da impossibilidade de simbolização e

---

<sup>33</sup> Em oposição, observa-se o despontar de uma ciência médica voltada às más-formações congênicas, a *teratologia*. O “estudo das monstruosidades” preocupa-se com o crescimento pré-natal alterado, e explora causas, mecanismos e padrões de desenvolvimento anormal (CASPER, 1998).

elaboração da morte, o projeto de família é destituído de valor social e o “desejo de filho” torna-se mera abstração. Contudo, ainda que confiscadas e camufladas pela medicina, os projetos de família “fracassados” inscrevem-se como “porvires” de sujeitos na ordem simbólica da cosmologia familiar e psiquismo parental.

Em *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*, Kenneth Doka (1989) aborda a validação pública e a privação do direito ao luto. O caráter “destituído de direitos” (“*disenfranchised*”) refere-se “[...] a tristeza que as pessoas experimentam quando incorrem de uma perda que não é ou não pode ser reconhecida abertamente, lamentada de maneira pública ou apoiada pelo social.”<sup>34</sup> (DOKA, 1989, p. 4, tradução nossa). Há um conjunto de valores e regras implicados na classificação dos óbitos e expressão de pesar. O enquadre moral das mortes nega certos processos de enlutamento; a negação do direito ao luto expressa a ilegitimidade social dessa experiência.

As culturas exaltam a relevância dos laços sociais no manejo do luto. A qualificação das relações por parentesco autentica o direito ao sofrimento pela morte de outrem. O grau de pesar é demarcado pelo reconhecimento coletivo de vinculação consanguínea e hereditária; a intimidade e os afetos possuem menor importância. Os convívios extrafamiliares carecem de espaço público de lamento. A verticalidade genealógica estruturada em gerações proporciona sentido aos óbitos. Primeiro, espera-se que morram os mais velhos; o óbito precoce de um filho surpreende as expectativas sociais.

A fantasia de retorno ao passado ou a possibilidade de um futuro compartilhado determina os enlutáveis. Em casos de afetação por morte GNN, a tendência cultural é o desaparecimento dos vestígios de que, dentro da mulher, existia um membro da família. Incluídos na ponta da árvore geracional, essas vidas são concebidas como ‘páginas em branco’, ‘substituíveis’. “Quando a gravidez termina sem um bebê para trazer para casa, aqueles que incentivaram a mãe a assumir seu papel e participaram do processo de construção do ‘bebê’ frequentemente tiram seu apoio e agem como se nada de significativo tivesse ocorrido.”<sup>35</sup> (LAYNE, 2000, p. 323, tradução nossa).

O par parental é confrontado pela morte biológica que revoga a identidade e trajetória biográfica do “bebê”. A elaboração do luto é subestimada; os pais são incentivados a novas gestações na tentativa de corresponder ao “desejo de criança” em relação ao projeto de filho

---

<sup>34</sup> “[...] the grief that persons experience When they incur a loss that is not or cannot be openly acknowledged, publicly mourned, or socially supported.”

<sup>35</sup> “When a pregnancy ends without a baby to bring home, the very people who have encouraged the mother-in-making to take this role and may have participated with her in the social construction of her ‘baby’ often withdraw their support for these inter-related projects, and act as if nothing of any significance took place.”

perdido (IACONELLI, 2007). Os discursos e práticas, que concedem o estatuto de pessoa ao “bebê”, são recalcados diante da morte prematura. A existência social de criança é desafiada, na medida em que as vivências coletivas não reconhecem os projetos de família acometidos por óbitos GNNs.

A morte também é desprovida de reconhecimento nos casos em que provoca sentimentos de vergonha e culpa aos enlutados. O valor moral das causas e condições de óbito explica a privação da elaboração coletiva. O estigma social manifestado na morte GNN promove aos acometidos lutos silenciosos e marginalizados. Embora os estudos em saúde reprodutiva assinalem a alta incidência de fatalidades biológicas, a responsabilidade pelo bem-estar e cuidados com a prole é atribuída à figura da mãe. A cultura, ao evocar agência e empenho individual, qualifica o ‘fracasso’ reprodutivo como culpa.

Mais importante do que a idade ou categoria de risco, elas [as mulheres] provavelmente serão produto de uma cultura de classe média que valoriza o planejamento, controle e previsibilidade na produção de um bebê ‘de qualidade’. Esses valores preexistem as tecnologias de visualização de ‘engenharia de bebês’, predispondo sua aceitação. [...] De fato, a síndrome do ‘bebê perfeito’ ao passo que amplifica o emprego de tecnologias de imagem, também oprime as mulheres, já que são elas que possuem a responsabilidade – e a culpa – do/pelo desenvolvimento do bebê.<sup>36</sup> (PETCHESKY, 1987, p. 282, tradução nossa).

As narrativas de experiências de óbitos GNNs evidenciam que as altas tecnologias obstétricas não são suficientes na produção de descendentes saudáveis. Na ausência de maiores explicações para as causas de óbitos, atribui-se o insucesso ao voluntarismo e agência da mulher no parto, nascimento e cuidados com o “bebê”. A negociação da assistência e respeito ao diálogo nas tomadas de decisões promove ambiguidades no gerenciamento das responsabilidades médicas. Cabem duas escolhas às mulheres: ou se comprometem com a gravidez/recém-nascido e assumem a morte, ou devem admitir que a gestão de seu corpo/filho escapa a sua administração (LAYNE, 2013).

Em resposta à marginalização social das afetadas, impedidas de honrar a vida de seus filhos, surgem os especialistas em LGNN. Diante da variedade de tecnologias preventivas e propriedades curativas da medicina, a morte é caracterizada como infortúnio ou negligência no cuidado consigo e na manutenção da saúde. As propostas desses profissionais vão na contramão do discurso médico, marcado por intervenções “salvadoras” no corpo. Afinada com a reinserção

---

<sup>36</sup> “More importantly, whatever their age or risk category, they are likely to be products of a middle-class culture that values planning, control and predictability in the interests of a ‘quality baby’. These values preexist technologies of visualization and baby engineering and create a predisposition toward their acceptance. [...] Indeed, the ‘perfect baby’ syndrome that creates a welcoming climate for ultrasound imaging may also be oppressive for women, insofar they are still the ones who bear primary responsibility – and guilt – for how the baby turns out.”

social e visibilidade da morte nos cenários contemporâneos, a profissionalização do luto funda-se em saberes e condutas direcionados ao gerenciamento das emoções. Os projetos de vida dos “bebês” mortos são valorizados; a escuta empática inscreve socialmente o par parental enlutado pelo exercício da convivência em memória.

Inseridos no campo da comunicação, Cristina Melo e Paulo Vaz (2019) refletem sobre os enquadramentos sociais na compreensão do fenômeno. A partir da análise do discurso de produções literárias acometidas – a coletânea *Histórias de amor na perda gestacional e neonatal* (LUPI *et al.*, 2017) –, os autores defendem a inclusão de todas as vidas inscritas socialmente, a despeito do tempo de duração, ao empregarem a categoria nativa “morte GNN”. O termo valoriza a dimensão de pessoa do filho perdido. O par parental não lamenta apenas o óbito de um ente querido; queixa-se do não reconhecimento e da culpabilização social. Há sofrimento pela qualificação do “bebê” por termos biomédicos – embrião ou feto. A morte deixa marca indelével nos acometidos; as identidades são reforçadas pela nomeação e adjetivação como “anjinho” ou “estrelinha”. O exercício da parentalidade ocorre através de lembranças e suposições de um porvir.

### 3.1 A psicologização e psiquiatrização da morte

A etnografia *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos* de Rachel Aisengart Menezes (2004) inaugura no Brasil a compreensão dos cuidados em saúde em cenários de morte e luto. A assistência paliativista baseia-se na construção de um saber pelo qual o indivíduo é compreendido em sua totalidade, com autonomia e dignidade. Na esteira da luta pelos direitos humanos e sensibilização no “cuidado com a delicadeza”, os militantes dos cuidados paliativos denunciam o olhar fragmentado do doente e tecnificação da vida pelo aparato médico. A valorização da dor e finitude humanas apresenta-se como fundamental na transformação das representações sociais da morte, reverberadas em novas mentalidades acerca do valor da vida.

Analogamente ao ideário de “boa morte”, os especialistas em LGNN denunciam a perspectiva médica de evitação da morte e do sofrimento. A gramática desses novíssimos profissionais é regida por práticas de manejo originárias de diferentes correntes do universo ‘psi’ – psiquiátricos, psicológicos e psicanalíticos. Todas compartilham de um mesmo objetivo: é preciso colocar a finitude em discurso para elaborá-la. Trata-se de um modo psicologizado de

interpretar o mundo, decorrente de movimentos de contracultura frente à repressão política e psiquiátrica e a favor da “desrepressão” dos afetos e da sexualidade. As profissões referentes aos saberes ‘psi’ estão estruturadas e relacionadas à impregnação de cosmologias individualistas no imaginário social (DUARTE, 1998; RUSSO, 2002).

Por meio de imperativos de elaboração do luto, os especialistas atuam como facilitadores na assimilação das perdas (MEMMI, 2011). O atendimento especializado diagnostica fatores complicadores do processo de “luto saudável”. Inércia e afastamento social devem ser provisórios – evita-se a improdutividade do indivíduo. Frente ao comprometimento de atividades cotidianas, intervenções psiquiátricas e medicamentosas são admitidas como necessárias (MACHADO, 2017). A gestão do luto encerra diversas condições patológicas. Provocado pelas disforias do enlutamento, o desequilíbrio por adoecimento psiquiátrico/psicológico é uma “[...] ameaça à subjetividade e ao bem-estar do indivíduo – e, possivelmente, da coletividade onde ele está inserido.” (MACHADO, 2017, p. 89).

A tônica preponderante dos saberes ‘psi’ no gerenciamento dos óbitos promove a normalização de condutas. Através de uma análise da história das mentalidades, a socióloga francesa Dominique Memmi (2011) aborda a relevância da psicanálise no arcabouço discursivo e prático dos especialistas em LGNN. Ao refletir sobre a medicalização do morrer pela gestão das emoções, a autora assinala a existência na literatura freudiana de duas noções que balizam o exercício profissional do luto – o “tabu da morte” e o “princípio de realidade”. A psicanálise conceitua o luto como um fenômeno que não demanda tratamento médico; já a melancolia é patológica. Freud (1915) descreve a tendência social de negação da morte; é impossível a um sujeito imaginar sua própria finitude. O recalçamento inconsciente permite a crença na imortalidade. Quando se trata do óbito de outrem, evita-se falar sobre o ocorrido. Desse modo, delinea-se o hábito de valorização de causas – doença, velhice ou acidente – a fim de que os falecimentos sejam concebidos como inevitáveis e não fatos fortuitos.

O “princípio de realidade” instiga as práticas atuais de profissionalização do luto. Ao evidenciar que o ente querido não existe mais, indica-se a circulação e reinvestimento dos afetos. Contudo, a psicanálise não preconiza intervenções de conscientização da morte. A elaboração do luto é um processo que ocorre e se completa em si mesmo. Não existem fatores facilitadores ou necessidade de “espontaneidades fetichistas” do moribundo, isto é, *souvenirs* pelos quais é possível rememorar o falecido e materializar sua morte (FREUD, 1917 [1915]).

Do mesmo modo, testemunha-se a apropriação do discurso médico. A construção de visões de mundo calcadas na concepção de “luto saudável” explica a oferta de cuidadores do

fenômeno. A “psiquiatrização”<sup>37</sup> é impulsionada pelas publicações dos manuais diagnósticos de transtornos mentais DSM-IV e DSM-5. A primeira versão citada levanta discussões sobre a perda recente de um ente querido como parâmetro avaliativo no diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior. O DSM-IV considera o tempo de dois meses como “razoável” para a elaboração do luto; após esse período, trata-se de depressão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995).

No DSM-5, o luto ganha estatuto de categoria médica, ainda que não possua critérios diagnósticos reconhecidos e careça de estudos posteriores à publicação. A descrição das características do fenômeno objetiva diferenciá-lo do Episódio Depressivo Maior. A disforia do luto ocorre em ondas – as “dores do luto” – e inclui sentimento de perda e vazio; não há humor deprimido persistente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Essa alteração possibilita a simultaneidade de luto e depressão, exigindo do corpo médico e paramédico uma análise atenta das respostas adaptativas do enlutado à perda.

Ao infligir sofrimento significativo, o luto suscita intervenções por profissionais da saúde. O DSM-5 reserva uma classificação para essa condição: o Luto sem Complicações, cujo “[...] foco da atenção clínica é uma reação *normal* à morte de um ente querido.” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 716, grifo nosso). O manual ressalta dificuldades em estabelecer as referências para o diagnóstico, uma vez que o morrer é definido como constructo social, consoante contextos histórico-culturais. Contudo, o DSM-5 estabelece um intervalo temporal para o “luto normal” – doze meses em adultos, ou seis meses em crianças (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O luto é posto em discurso. Os saberes ‘psi’ delineiam intervenções referentes às manifestações do LGNN, na tentativa de enquadrá-lo em definições ‘saúáveis’. Guias e manuais orientam os profissionais inseridos em cenários de parto e nascimento acerca do acompanhamento de enlutados e elaboração de perdas (SALGADO; POLIDO, 2018). O teor das obras assinala as expectativas médicas e psicológicas acerca do processo de luto e legitimam a prática profissional; engloba sensações físicas, cognições, afetos e comportamentos. Observa-se o crescimento de grupos de discussão sobre a temática. As formulações teóricas fundam saberes específicos e produzem categorias profissionais de saúde: os sensíveis às perdas GNNs.

---

<sup>37</sup> A noção de “psiquiatrização” advém do conceito de medicalização. Esse possui inúmeros autores e sentidos: massiva intervenção sobre o espaço público; transformação dos comportamentos desviantes em transtornos; controle social sob a égide do imperialismo médico; prática irregular de agentes externos à profissão. Advoga-se pela análise do contexto de sua aplicação para que se esclareçam particularidades do objeto, temporal e culturalmente delimitados. O emprego amplo do termo enfraquece seu valor teórico (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014).

A sensibilidade ao luto questiona a onipotência de manutenção da vida por médicos e instituições hospitalares. Para Elias (2011), as atitudes de recalçamento social da morte são fruto da previsibilidade da vida individual; os riscos são evitados pela impregnação do saber médico nas culturas. Os cuidados oferecidos por profissionais voltados ao LGNN colaboram na inscrição da finitude nas sociedades. A morte, assim como a vida, é compreendida em âmbitos fisiológico e social. Os serviços prestados centram-se na empatia e no conforto. O universo teórico e prático é reflexo dos movimentos pelo parto e morte “naturais” (MENEZES, 2003). Calcada nos modelos de humanização da assistência reprodutiva e dos cuidados paliativos – os ideários de “parto respeitoso” e “boa morte” –, a categoria LGNN produz novas gramáticas profissionais centradas no apoio aos acometidos e na dignidade dos projetos de vida perdidos.

Da mesma forma que existe a preparação do nascimento, com técnicas corporais e redução da ansiedade da parturiente, há técnicas para manejo da finitude GNN. Em resposta à tecnologização da vida e das populações, decorre a urgência de retorno pagão à natureza e aos rituais. Através de suporte emocional e espiritual, os discursos e práticas enfatizam a (re)construção das concepções filosóficas e mentalidades ao apreciar e significar positivamente o final da vida – a “bela morte” (MENEZES, 2004). Observa-se uma nova proposta em saúde: a contemplação do corpo encarnado do ente perdido. As equipes sensíveis ao LGNN incentivam o par parental a lidarem com o “bebê” morto, validando sua existência como pessoa, ao passo que legitimam projetos de família e identidades de “mãe”/“pai”.

### 3.2 As sensibilidades profissionais

Ao longo do século XX, as práticas consistiam em afastar o conceito/recém-nascido morto de perto da mãe. As técnicas contemporâneas são distintas. Recomenda-se a adoção de atitudes dirigidas à materialização do sofrimento no corpo do filho falecido. A terapêutica de contato físico – visual e tátil – busca o aprimoramento da ressignificação dos óbitos. A adoção dessas posturas constitui o ideário do “bom LGNN”. A legitimação de projetos de vida e família pelo “governo da palavra” é substituída por uma intensa pedagogia sensorial, equivalente àquela posta em marcha pelos exames ultrassonográficos e de monitoramento cardíaco durante o pré-natal.

Memmi (2011) analisa o enaltecimento da carne (“*chair*”) na elaboração dos óbitos GNNs. As práticas médicas de intervenção fundamentam a noção de pessoa na dimensão corporal. A ética é corporificada. Encarnada, observa-se a lógica de valorização dos atestados de óbito. Cabe aos vivos a gestão da finitude de outrem, ao reconhecer pelo fim da vida a existência e estatuto social do falecido. A morte é pensada pela retirada do corpo de circulação e convívio social – “ele não está mais entre nós”. A elaboração psíquica da morte é delineada e sustentada pela consciência e ritualização da ausência corporal na comunidade.

Ao apoiar os projetos de criança e família de pais enlutados, os “especialistas em luto” são “especialistas em corpos”. A existência biológica dentro do útero materno torna-se o argumento central na regulação de comportamentos e condutas frente ao óbito prematuro. São reconfigurados os discursos e práticas em relação ao “bebê” falecido. Frente às ameaças psíquicas de “sujeitos à deriva”, os profissionais sensíveis ao LGNN valorizam a “encarnação” com a bricolagem de técnicas utilizadas no gerenciamento da morte e do luto. A valorização dos rituais advém das orientações presentes no ideário de “bom LGNN”, no qual a separação do ente falecido é definida como necessária e saudável.

O trabalho de luto e elaboração das perdas preveniria de estados emocionais patológicos. A resignificação da morte permite a estruturação psíquica para outra gestação. O fenômeno do LGNN demarca diversos destinos ao projeto de família de casais enlutados. Enquanto alguns sentem-se impedidos de investir em novas tentativas de gravidez, outros vislumbram na gestação seguinte a legitimidade social dos papéis de “mãe”/“pai” (VIDAL, 2010). Uma nova gravidez traz à tona o “fantasma” do filho falecido, principalmente quando intervenções médicas foram ineficazes na manutenção da vida. A elaboração do luto permite a alteridade do “bebê” em relação ao anteriormente perdido. O “desejo de filho” é encarnado e singular a cada gestação, ainda que a sequência de nascimentos e óbito(s) demandem contiguidade nas biografias e projeto de família do par parental (FREIRE; CHATELARD, 2009).

A gravidez após óbito GNN apresenta complicações somáticas e psicológicas - o risco de novas perdas. Para o obstetra belga Pierre Rousseau (1998), a sensação de medo presente em todas as gestações é intensificada nos casais acometidos anteriormente por LGNN. A realidade de recorrência do fenômeno atrelada ao luto não elaborado colaboram para essa condição. Nos casos de abortos espontâneos precoces, a angústia diminui quando a idade gestacional da gravidez anterior é ultrapassada. Nos episódios de natimortos e falecimentos neonatais, o trauma reaparece na proximidade do parto. O risco invade a consciência e pode provocar contrações uterinas capazes de ocasionar novos óbitos, caso o estágio de maturação do conceito não seja satisfatório à sobrevivência extrauterina.

Por outro lado, a chegada do “bebê arco-íris” reestrutura a família pela reedição do porvir imaginado em presente compartilhado. Depositários das expectativas sociais do *sibling* morto, as trajetórias de vida dos filhos posteriores à perda são tentativas de reparação de projetos de família – a elaboração encarnada do “desejo de criança” anterior. As produções acadêmicas de profissionais ‘psi’ brasileiras afirmam a relevância da nomeação e discriminação do projeto de vida falecido, a fim de que sejam evitados prejuízos psíquicos àqueles que nascem para ‘preencher’ espaços deixados nas histórias familiares (IACONELLI, 2007; FREIRE; CHATELARD, 2009).

Para evitar o risco de patologias psiquiátricas e psicológicas, as atitudes de profissionais sensíveis ao luto englobam propostas de manejo do cadáver e suporte emocional aos enlutados. Testemunha-se a medicalização de velórios, funerais, cremações e cerimônias religiosas, sustentada pela sacralidade do corpo morto como lócus da subjetividade (MENEZES; GOMES, 2011). A administração contemporânea do luto centra-se na linguagem do concreto. A intimidade e a interiorização são desqualificadas. O ‘luto saudável’ é público, encarnado, controlado e mediado (MEMMI, 2011).

As práticas de manipulação dos óbitos GNNs são operações calcadas no voluntarismo de instituições de saúde. A elaboração do luto na esfera pública não decorre da aceitação e da familiaridade social, mas de esforços para inserção dos acometidos pelo fenômeno na coletividade. Sem espaços para dignificar os filhos falecidos em narrativas e cerimônias, o apoio institucional torna-se relevante. A mediação do luto por profissionais de saúde promove valor moral ao “bebê” morto – o aval de existência na comunidade do par parental (DUMOULIN; VALAT, 2001).

A psicanalista francesa Catherine Mathelin (1999) descreve a clínica com prematuros do serviço de reanimação neonatal do Hospital Delafontaine, em Saint-Denis. A autora descreve um espaço físico, fora do necrotério, destinado ao paciente, seus pais e familiares. A equipe de saúde é treinada para atuar em aspectos burocráticos e legais com escuta empática e desvelamento de afetos. A parceria entre famílias e cuidadores sensíveis ao luto produz efeitos nas mentalidades sobre a tecnificação da vida e visibilidade social da finitude.

As interlocuções com casais enlutados e profissionais são provas dos efeitos positivos da inscrição social do fenômeno nas maternidades e instituições de saúde francesas. Depoimentos expressam o manejo do sofrimento voltado a evitação de condições psicopatológicas pelos pais, irmãos já nascidos, gravidezes gemelares e aqueles nascidos posteriormente à perda (DUMOULIN; LE GRAND-SÉBILLE, 2002). Os rituais de

acolhimento permitem o registro de participação na história familiar e promovem atitudes de dignidade e respeito com a identidade da pessoa do “bebê” e do par parental que o concebeu.

Discussões sobre estados e vias de nascimento, declaração de estado civil e nomeação fazem parte da gramática profissional dos cuidadores em LGNN. A adjetivação de conceitos e recém-nascidos por terminologias médicas e patológicas (anencefalia ou condições congênitas incompatíveis com a vida) são suprimidas no tratamento de acometidos (LE GRAND-SÉBILLE, 2004). A literatura francesa ressalta a relevância social do exame anatomopatológico da placenta e do nascituro/recém-nascido. Preservada a integridade física e garantida a restituição tegumentar, essa prática fornece o estatuto de indivíduo ao produto da concepção: “Nós não podemos fazer autópsia de um *nada*.”<sup>38</sup> (LE GRAND-SÉBILLE, 2004, p. 46, tradução nossa, grifo nosso).

Após a/o extração/parto, o filho é oferecido aos pais. A apresentação é repetida durante a internação materna, embora não seja uma obrigação da mulher aceitá-la. Os cuidadores do LGNN acreditam que o “bebê” falecido adquire a inscrição comunitária quando é nomeado, vestido e entregue aos pais por um profissional de saúde (DUMOULIN; VALAT, 2001). A exibição nessas condições é convidativa e ameniza o sofrimento do casal; os pais são encorajados a tomar o filho nos braços, bem como verbalizar reflexões e afetos. O par parental pode apresentá-lo a outros membros da família, exigindo da equipe de saúde a manutenção do cadáver na câmara mortuária da instituição (LE GRAND-SÉBILLE, 2004).

A fronteira entre o mostrável e o monstruoso é tênue. As propostas de saúde sensíveis ao LGNN não é confrontar os afetados com a realidade da morte ou corpos despedaçados pela retirada do útero (MEMMI, 2011). A dinâmica de acometidos e profissionais aponta para a produção de saberes e discursos voltados às demandas sociais de biografias marcadas por óbitos GNNs. A apresentação do corpo cadavérico não se refere à encenação da morte, mas à estabilização positiva da trajetória de conceitos/recém-nascidos como membros da família e comunidade.

Os pais são preparados para o regresso a casa e anúncio da morte ao grupo social, e lhes é entregue um dossier com *souvenirs* e “traços” do filho desejado – a “caixa de memórias” (SALGADO; POLIDO, 2018). São incluídas ecografias, fotografias, bracelete de internação e certificado de parto e nascimento, frente à inexistência de documentos legais (LE GRAND-SÉBILLE, 2004). Mediante a representação do corpo como “pequenos bonecos de carne” (“*petites poupées de chair*”), pode-se incluir cachos de cabelo, impressões digitais das mãos e

---

<sup>38</sup> “*On ne peut autopsier un rien.*”

pés e carimbos de placenta (MEMMI, 2011). Os corpos são preparados e os ritos de adeus são expressos de diferentes maneiras, dependendo da formação religiosa e cultural das famílias. Os “bebês” trajam vestimentas especiais ou mortalhas, oferecidas pela instituição. Dentre os objetos ritualizados, estão: cartas, poemas, desenhos dos irmãos, brinquedos, objetos da infância dos pais, e lenços perfumados (LE GRAND-SÉBILLE, 2004).

Contudo, a ausência de vida ao nascer resulta em ausência de morte – o itinerário biográfico é desconsiderado. Esses “bebês” são julgados por equipes de saúde pela brevidade de suas vidas – tempo insuficiente para validar a existência por declarações de nascimento. Nos casos de “incompatibilidade vital”, a agência na interrupção médica de gravidez (IMG) torna os óbitos obscuros, excluídos, não reveláveis e impassíveis de ritualização. A fim de ‘proteger’ o casal enlutado de sofrimento e despesas com rituais fúnebres, é sugerido o abandono dos corpos. O destino de “não nascidos, não mortos, não declarados”<sup>39</sup> é o abandono. Negado o direito a um funeral e entregues à indiferença, convertem-se em peça anatômica e dejetos hospitalares da instituição que o produziu.

A eliminação consiste em incineração coletiva do crematório. Sem identidades, seus corpos são números em um guia de transporte de “resíduos de tratamento de risco infeccioso”. Esse dever não é comunicado aos pais. Na tentativa de facilitar a tomada de decisão acerca do destino corporal, os profissionais responsáveis recorrem a circunlóquios e construções ilusórias para evitar o desconforto dos casais afetados. São comuns narrativas que certificam o compromisso do hospital com a dignidade das vidas GNNs; prometem a cremação dos corpos e distribuição dos resíduos em jardins e espaços destinados aos “anjinhos” (DUMOULIN, 2008).

Entretanto, as cinzas de corpos menores de um ano são completamente dissipadas na incineração. A morte e a cremação estão simbolizadas na dispersão dos restos (PICARD; DUMOULIN, 2007). Até meados dos anos 1970, a lei francesa previa que, após a cremação, as cinzas fossem recolhidas em urnas lacradas para colocação em sepulcro ou columbário. Era vedada qualquer manipulação direta dos restos mortais de outrem. O decreto de 18 de maio de 1976 confere às famílias o direito de conservação ou pulverização das cinzas por parentes. Porém, desde a década de 1990, são observadas na França resistências a desmaterialização higienista de falecidos, sustentada por dogmas católicos e reverses jurídicos.

A partir de 1996, decisões legais qualificam as cinzas e os restos mortais com uma espécie de sacralidade secular; seu uso casual – apropriação privada, venda ou dispersão – são

---

<sup>39</sup> “*pas nés, pas morts, pas déclarés*”

proibidos. A ideia de “luto saudável” justifica tal posicionamento. O culto aos mortos não se adapta bem a espaços indefinidos, ou a presença do corpo é essencial para a expressão das emoções. Em 2008, os tribunais franceses dão um destino efetivo às cinzas: “*fixas*”. Diante da oposição à fragmentação do indivíduo, o compromisso está na definição metonímica da morte. O destino requer um espaço, uma vez que materializa a encarnação da pessoa no corpo. O sujeito é delimitado por suas cinzas; documentos funerários atestam a identidade do falecido, local e data de residência nos cemitérios (MEMMI, 2015).

Diante da ausência de resíduos humanos nos falecimentos GNNs, a noção de traço é relevante na elaboração do luto e os pais são encorajados a criar formas de materialização do filho perdido. Alguns crematórios franceses entenderam a necessidade dos vestígios, especialmente nos casos de cremação infantil. As práticas do Cemitério do Père-Lachaise (Paris) apontam para novas tendências francesas em relação aos ritos fúnebres de “bebês”. Recomenda-se a colocação de medalhões de cerâmica com a inicial da criança junto ao caixão incinerado. A postura de agentes funerários é a entrega desse *souvenir* aos pais. A apresentação do filho falecido ocorre pela representação do corpo em objeto. Caso não seja possível providenciar registros tangíveis e materiais do ritual funerário, sugere-se a documentação de local e hora da cerimônia. Essa declaração representa um testemunho simbólico de presença e existência no serviço de saúde e na sociedade (PICARD; DUMOULIN, 2007).

O luto está intimamente relacionado a práticas religiosas. Em todas as culturas e momentos históricos, a morte foi tratada por meio de ritos funerários, objetos de estudo da antropologia da religião e da morte. No entanto, observa-se um declínio das religiões formais no Ocidente. Heelas e Woodhead (2005) defendem a ocorrência de uma revolução espiritual nas sociedades ocidentais modernas, com mudanças nas mentalidades e visões de mundo. Religião e espiritualidade são concebidos como conceitos díspares. A religião pertence às igrejas tradicionais, onde as vidas são direcionadas por ordens e preceitos de um “ser superior”, com deveres estipulados. Nos ambientes holísticos, a espiritualidade é uma “forma de vida subjetiva do sagrado”; é uma criação individual em processos de “busca de si”, obedecendo escolhas transitórias. Trata-se do caráter privado e individual da fé – a religiosidade ocorre ‘de maneira pessoal’.

O valor primordial dos ritos está centrado em três funções essenciais – regular o destino do falecido, apoiar os familiares enlutados e incorporar a comunidade. No caso de óbitos GNNs, trata-se de gerar sentidos aos “bebês” falecidos. Dada as peculiaridades dessa vida fugaz, as religiões instituídas (ainda) não dispõem de rituais que incluam o fenômeno. A ausência de ritos na Igreja Católica pode ser explicada pela constituição do limbo como destino de crianças

mortas não batizadas, herança de debates teológicos da Idade Média<sup>40</sup>. Todavia, em *A esperança da salvação para as crianças que morrem sem batismo*<sup>41</sup>, o limbo é refutado. Aos falecidos sem batismo, é confiada a misericórdia de Deus. O princípio de salvação universal em Cristo a todos os seres humanos almeja reflexões acerca dos propósitos da fé (VATICANO, 2007).

A etnografia de Bleyen (2012) na enfermaria obstétrica de um hospital holandês administrado por freiras católicas explora os valores culturais de conceptos/recém-nascidos ao examinar a prática de esconder os filhos mortos do par parental. O entrelaçamento entre técnicas médicas e ética cristã é discutido através da antropologia do corpo, das emoções e da morte. O “bebê” é considerado uma entidade híbrida e se situa na liminaridade entre pares de oposição: nascimento/morte, sagrado/profano, sujeito/objeto. Em *Pureza e perigo*, Mary Douglas (1966) explica como realidades e situações devem ser evitadas, uma vez que seus rituais incorporam limites em si mesmos e desafiam as simbologias de ordenação do mundo. O acometimento por mortes GNNs é o lembrete da fragilidade e fluidez de definições precisas de pessoa no universo simbólico e imaginário social.

A ‘desumanização’ dos produtos reprodutivos ocorre pela identificação à imagem e semelhança de Deus. Diante da negação dos contatos visual e tátil, os filhos falecidos assumiriam qualidades divinas. Inacessíveis e sem imagens, tornam-se sagrados; costumava-se cercar os pequenos cadáveres por pedaços de algodão, como nuvens celestiais. Dito de outra forma, “[...] veio do mundo invisível do útero e foi criação de Deus e, permanecendo neste invisível mundo, é mantido livre da poluição terrestre.”<sup>42</sup> (BLEYEN, 2012, p. 185, tradução nossa). Os “bebês” falecidos encarnam uma realidade que transcende a reprodução e biologia humanas e, ocultadas, suas vidas e mortes são explicadas por desígnios da Criação.

A religião judaica também não apresenta dispositivos de reconhecimento das perdas GNNs. Não existem orações ou ritos funerários a seguir. A ausência de tradições evidencia valores morais e ontológicos; seres até trinta dias de vida não são “pessoas” na observância do judaísmo (GROSSMAN, 1992). Devido ao desamparo religioso formal, testemunha-se a valorização de rituais orientais menos conservadores a abortos voluntários e espontâneos.

---

<sup>40</sup> Ainda que não esteja presente nas definições dogmáticas do Magistério da Igreja Católica, o limbo é mencionado até o Concílio Vaticano II, ocorrido em quatro sessões entre 1962-1965. O conceito é um eufemismo para o inferno (VATICANO, 2007).

<sup>41</sup> Publicada pela Comissão Teológica Internacional e assinada pelo Papa Bento XVI.

<sup>42</sup> “[a stillborn child] came from the invisible world of the womb and was God’s creation, and staying in this invisible world, kept it free from earthly pollution.”

Releituras da cerimônia *Mizuko Kuyo*<sup>43</sup> ganharam popularidade no ocidente com o movimento LGNN. Embora os espaços de culto e elaboração de mortes sejam essencialmente destinados à dor e ao sofrimento, o budismo japonês permite a contemplação da vida/morte em memória. O par parental dirige reverências e homenagens ao filho perdido; a oferta de brinquedos, flores e velas marcam a onipresença da criança no grupo social dos pais (BRIND'AMOUR; GARCIA, 2007).

As mudanças espirituais geram efeitos na forma de rememoração dos óbitos. Diante de ritos estruturados e regulamentados por religiões formais – um “passo-a-passo” de como enlutar – Hallam e Hockey (2001) propõem o conceito de “ritualização” personalizada do morto. A inexistência de fases demarcadas permite a celebração da finitude como parte da vida cotidiana, em que a “encarnação” do falecido em atos e objetos rotineiros potencializa o trabalho de luto e o apoio a enlutados. Os ritos da organização francesa “*Nos tout-petits*” celebram os bebês por meio de exercícios de reflexão e atividades simbólicas no grupo de acometidos por óbitos GNNs. São exemplos: lançamentos de balões com mensagens, artes/artesanatos com o nome da criança falecida (DUMOULIN, 2008) e a instalação de monumentos em memória nos crematórios (PICARD; DUMOULIN, 2007).

Woodthorpe (2012) aborda a rememoração pública da morte em “jardins do luto”, os “*baby gardens*”. No Reino Unido, instituições de caridade e não-governamentais, como Sands<sup>44</sup> e The Childhood Bereavement Network<sup>45</sup>, são responsáveis pela criação de espaços funerários aos bebês perdidos. A separação física para a celebração permite redes de sociabilidade pela limitação da comunidade. Historicamente depositados junto aos corpos de mulheres desconhecidas, os enterrados nesses jardins partilham da memória de outros. A comunidade de

---

<sup>43</sup> A tradução literal de *Mizuko Kuyo* é “serviço memorial da criança da água”. Esse elemento é fundamental nos ritos fúnebres budistas; a água representa a morte e a crença de renascimento do feto/recém-nascido. A metáfora da transformação do líquido amniótico uterino para meio de purificação do corpo morto sustenta a fé na consagração espiritual. Os rituais podem ser celebrados na própria residência, com o enterro do filho falecido perto de nascentes ou fontes naturais – o regresso ao início da vida – ou em templos. Nesse caso, o par parental adquire uma estátua de Jizo, guardião dos bebês e crianças falecidas. Ofertadas nos jardins dos templos, as imagens são decoradas com toucas e babadores vermelhos, e portam cajados para guiar o *mizuko* na caminhada espiritual (BRIND'AMOUR; GARCIA, 2007).

<sup>44</sup> Stillbirth and Neonatal Death Charity (Sands) é uma instituição de caridade do Reino Unido que apoia casais e famílias afetados por morte GNN. Dentre seus objetivos, estão: melhorar os cuidados que os pais enlutados recebem dos serviços de/em saúde; e colaborar na redução dos índices de óbitos, por meio do financiamento de pesquisas e parcerias com instituições governamentais e filantrópicas. Disponível em: <https://www.sands.org.uk/>. Acesso em: 7 jun. 2021.

<sup>45</sup> A Childhood Bereavement Network (CBN) é um centro de apoio aos profissionais que trabalham com crianças enlutadas, jovens e famílias no Reino Unido, com disciplinas e setores voltados ao atendimento especializado. Os propósitos da instituição englobam: a defesa de enlutados por meio de políticas públicas voltadas ao gerenciamento da morte; compreensão social da morte e apoio aos profissionais de/em saúde sensíveis ao fenômeno; compartilhamento de informações qualificadas acerca do manejo do luto; divulgação de abordagens sobre gerenciamento da finitude na dinâmica familiar. Disponível em: <https://childhoodbereavementnetwork.org.uk/>. Acesso em: 7 jun. 2021.

“bebês” perdidos facilita a ressignificação dos óbitos pela metáfora do “berçário” (“*nursery*”); a oferta de *mementos* infantis faz da morte uma experiência alegre, colorida e ornamentada. Ao contrário da intenção original dos cemitérios modernos de separar os vivos dos mortos, os jardins do luto protegem os filhos falecidos – “residentes vulneráveis e indefesos” – do mundo ao redor.

Um aspecto significativo dos rituais de elaboração do luto é o sentimento de pertencimento, isto é, a demarcação do *status* de “bebê” e “maternidade/paternidade” no/pelo grupo social. As orientações e simbologias dos rituais mortuários destinam-se a manifestações específicas dos afetos, de modo a garantir o “bom LGNN”. O direito ao luto é sustentado por memoriais D.I.Y.<sup>46</sup>, nos quais a autonomia individual garante formas pessoais de manifestação das emoções (WOODTHORPE, 2012). Walter (2017) apresenta o conceito de empreendedores da morte: indivíduos e movimentos sociais que se ocupam da elaboração de modos saudáveis e naturais de morrer e ressignificar a perda de um ente querido. As prescrições e formulações encontram-se balizadas por crenças, paixões e experiências, e não apenas saberes científicos. Especialização e experiência estabelecem relações de complementaridade e constante negociação no gerenciamento do fenômeno em questão.

A apropriação dos saberes ‘psi’ pelos afetados por LGNN faz parte do processo de popularização desses saberes e disseminação da cultura terapêutica. Em *Saving the modern soul: therapy, emotions and the culture of self-help*, Illouz (2008) defende que o alastramento de narrativa terapêutica não ocorre no sentido foucaultiano, expressão da governamentalidade do saber médico. Os conhecimentos ‘psi’ congregam os modos de expressão das sociedades. A autogestão em processos de autoajuda e ajuda mútua (“*self-help*” e “*peer support*”) prescindem da ação profissional direta. Nesses espaços de comunicabilidade, as expressões e mentalidades sociais sugerem que a cultura terapêutica foi incluída às práticas dos atores: a institucionalização do discurso terapêutico pelo Estado; o aumento da autoridade social dos psicólogos; e a apropriação da psicologia pela sociedade civil.

A consolidação de valores sobre escolha de vida, realização pessoal e iniciativa individual reconfiguram as noções de sofrimento psíquico e risco à saúde mental. A impregnação ‘psi’ em práticas de saúde produz efeitos nas comunidades: a autonormatização dos sujeitos, consoante os ideais de desempenho apresentados pelo filósofo sul-coreano Byung-Chul Han (2015). A compreensão dos indivíduos como “empresários de si mesmos” decorre do “paradigma de desempenho”; o desejo positivista de poder e de maximizar a produção é parte

---

<sup>46</sup> “*do-it-yourself*”, em português “faça-você-mesmo”.

do inconsciente coletivo. A norma disciplina a autonomia. A obediência mecânica dos corpos dóceis não desapareceu, mas passou a englobar iniciativas de agência e autodeterminação. O ideário do “bom LGNN”, fundado na ordem, previsibilidade e superação, faz com que o gerenciamento do luto seja demanda social.

A “elaboração do luto” é também “aceleração do luto”, consoante as recomendações de manuais psiquiátricos e guias de conduta especializados. A economia das emoções é sustentada pela máxima de “fazer chorar hoje é ganhar tempo amanhã”<sup>47</sup> (MEMMI, 2011). A visibilidade social da morte pela expressão de enlutados e trabalho de profissionais de saúde decorre da qualificação positiva da limitação e controle do sofrimento. As interlocuções e tensões das normas acerca da vivência dos processos de luto e margens de liberdade indicam novas preocupações sociais. A intensidade do luto e hierarquização das emoções em relação ao ente perdido revelam e denunciam o estatuto ambíguo sobre o valor de pessoa. A sensibilização dos óbitos GNNs ilumina modalidades de luto privadas de direitos; estão em jogo normas sociais e discursos de otimização que regulam o corpo feminino reprodutivo (capítulo 2) e as expressões da finitude (capítulo 3) na contemporaneidade.

---

<sup>47</sup> “*faire pleurer aujourd’hui c’est gagner du temps pour demain*” (MEMMI, 2011, tradução nossa).

#### 4 OS ESFORÇOS DE RECONHECIMENTO DE UM LUTO INVISIBILIZADO

A compreensão do exercício de cuidar (*care*) como um processo permite refletir sobre a organização e distribuição de responsabilidades sociais entre indivíduos, grupos e instituições. Estão em jogo articulações entre a atenção direta (*caregiving*) e as concepções morais de direcionamento e aptidão de determinados segmentos para trabalhos assistenciais. As razões para designação de cuidados e cuidadores revelam intencionalidades na forma pela qual as sociedades estão estruturadas. A gestão do óbito e do luto GNN é tarefa feminina, desempenhada por ginecologistas obstetras, psiquiatras, psicólogas, psicanalistas, parteiras e cuidadoras<sup>48</sup> (DUMOULIN; LE GRAND-SÉBILLE, 2002; MEMMI, 2011; SCHALCK, 2017). Na organização laboral de serviços de saúde, cabem às mulheres o manejo da morte, da angústia, das dores e do traumático. Há uma ênfase na sensibilidade feminina como pendor “natural” para o cuidado. A gestão dos eventos sociais é modelada pela construção de identidades determinadas por representações de gênero (MENEZES; HEILBORN, 2007).

Para refletir sobre o valor moral da assistência, recorro à ontologia corporal de Butler (2009), marcada pela precarização e vulnerabilidade. As condições de sobrevivência, “persistência e prosperidade” nas palavras da autora, demarcam necessidades de cuidado. Todos somos provedores e beneficiários de cuidado; nenhuma vida é dotada de autonomia e os indivíduos são inseridos na coletividade mediante fatores sociopolíticos e culturais de reconhecimento comunitário e ajuda mútua. Entretanto, não se trata de relações interpessoais – remuneradas ou gratuitas –, mas de um processo social amplo cujas moralidades envolvem múltiplos protagonistas hierarquizados. Para Molinier (2012), o *care* é um conceito multidimensional cujas descrições incluem: gentileza (“*gentleness*”); habilidade (“*savoir-faire*”) discreta; trabalho sujo; valor social inestimável e narrativa ético política.

A primeira interpretação refere-se ao gerenciamento de atitudes e emoções face à fragilidade de outrem, respeitando sua agência, autonomia e integridade. A capacidade de antecipação das necessidades do destinatário é mobilizada por interações sociais, através das quais o provedor de cuidados é investido de responsabilidades. A sensibilização às formas de agir afastam as associações entre *care* e demonstrações de amor. Suas ações predispoem as experiências de convívio coletivo e estão afinadas às capacidades de improvisar diante de normas e regras sociais. “A *gentleness* é uma resposta apropriada ao outro *de acordo com as*

---

<sup>48</sup> “*Aides-soignantes*”, categoria profissional francesa dedicada aos cuidados em unidades de tratamento de saúde (MENEZES, 2004).

*circunstâncias [...]*” (MOLINIER, 2012, p. 32, grifos da autora). A ética do cuidado enquanto ato de gentileza aproxima-se aos entrelaçamentos entre gestão dos afetos e divisão sexual do trabalho, debate que tem produzido uma literatura abundante (HIRATA; GUIMARÃES, 2012; TRONTO, 2013) no campo da antropologia.

Em *Engendered emotion: gender, power, and the rhetoric of emotional control in American discourse*, a antropóloga Catherine Lutz (1996) explora a “retórica do controle”, o exercício do poder na divisão dos papéis sociais decorre da abertura/vigilância aos afetos. A noção de “mulher emocional” é uma estratégia de governo; a reprodução de crenças estereotipadas define padrões sintáticos de comportamentos e despersonalizam as experiências. Nas culturas ocidentais modernas, os discursos emotivos são associados ao universo feminino e estão centrados em posições paradoxais – sinal de fraqueza<sup>49</sup> ou força poderosa. No caso de adjetivações positivas, as emoções são argumento para o desígnio de papéis e funções menos valorizadas pelo grupo. A subordinação ocorre porque são empáticas, solidárias e compassivas às dores de outrem.

A desvalorização cultural dos afetos demarca a posição social feminina. Isso não significa afirmar que as mulheres sejam objetivamente sentimentais, mas sim que as ideologias de gênero definem os corpos de expressão das emoções. A ressignificação dos afetos nas mentalidades contemporâneas não pode ser interpretada sem considerar as lógicas de poder e as hierarquias de gênero. A divisão das atividades em saúde encontra-se balizada nas representações de gênero, nas quais mulheres ocupam posições de menor valor. Além da desigualdade salarial, a maioria dos empregos de tempo parcial, informais e com postos de trabalho precários ou vínculos mais frágeis são ocupados por mulheres (REZENDE; COELHO, 2010; HEILBORN; RODRIGUES, 2018).

Do governo das emoções, decorre a segunda interpretação da gramática do *care*, o “*savoir-faire* discreto”. Os ofícios de cuidar não são legitimados e reconhecidos por valores laborais. Invisíveis, representam posturas psicológicas identificadas como traços de personalidade e qualidades do ser. Diante das significações de doçura ou simpatia, os custos dos serviços são recalcados e a expertise na execução de tarefas é sinônimo de aptidão/dom. A desvalorização da habilidade técnica do *care* está centrada em relações de dependência de atividades principais. Sua eficácia apoia-se na noção de “suplemento”, cuja autonomia é uma

---

<sup>49</sup> O binômio mulher-emoção impactaria a organização coletiva e os arranjos sociais. Ao exteriorizar as emoções, as mulheres seriam percebidas como descontroladas, disruptivas e potencialmente perigosas. Esse seria o cerne da dominação masculina; ao feminino seriam relegadas as características de “irracionais”, “não objetivas” e “caóticas” (LUTZ, 1996).

ficção sustentada pelo apoio e antecipação de necessidades. O exercício do cuidado assinala a confluência de interseccionalidades, “[...] onde os homens, as classes privilegiadas, os brancos, dominam/exploram as pessoas que realizam o trabalho de *care* a seu serviço, enquanto, na prática, eles dependem desse trabalho: seu conforto, assim como sua eficiência, dependem da qualidade do trabalho do *care*.” (MOLINIER, 2012, p. 33).

Em *Gender and the social construction of illness*, Judith Lorber e Lisa Jean Moore (2002) debatem a hierarquia médica e a dominação masculina nos espaços de assistência em saúde. Por meio da trajetória de criação da enfermagem por Florence Nightingale no final do século XIX, as autoras buscam explicar o destino das mulheres aos cuidados em ambientes médico-hospitalares. A enfermagem profissional conquista reconhecimento pela adjetivação de que seus atores seriam “as mãos dos médicos” (“*the physician’s hand*”), agindo sob suas ordens. Devido a combinações curriculares de ciências biomédicas com práticas junto ao leito, o exercício laboral está centrado no terapêutico. Na contemporaneidade, com a valorização das emoções e situações sociais no manejo de pacientes, a perspectiva TLC<sup>50</sup> (“cuidado terno e amoroso”) foi incluída às ocupações das enfermeiras, empregadas (“*handmaidens*”) dos sistemas de saúde.

Os raros enfermeiros são encorajados a assumir posições de autoridade e gerências administrativas; é considerado impróprio aos homens a permanência em cargos de apoio higiênico-emocionais. A divisão laboral por recorte de gênero é reforçada e o trabalho emocional do cuidado não é incluído como prioridade de saúde. A desvalorização do *care* ilumina o predomínio do saber biomédico nas interações entre médicos e pacientes, entre a “voz do medicamento” e a “voz do mundo da vida” (LORBER; MOORE, 2002). Em consonância, a tese de doutorado de Claudine Schalck (2017) apresenta os papéis femininos e repercussões das práticas de cuidados em contextos de óbitos GNNs. A pesquisa realizada pela autora consta de entrevistas não diretivas com parteiras e ginecologistas obstetras, na qual se busca identificar as repercussões subjetivas da atividade.

Em cenários de parto e nascimento, a assistência à morte e ao luto é qualificada como “trabalho sujo”. Tal definição alude ao imperativo médico de predição e eliminação dos riscos, com intervenções nos corpos a qualquer custo. A morte questiona a onipotência médica e seu manejo configura-se como atividade de menor reconhecimento social. Rezende e Coelho

---

<sup>50</sup> No Ocidente, o termo TLC (“*tender and loving care*”) é empregado como definidor e característico da profissão da enfermagem. A prática envolve confortar o espírito humano em momentos de medo e vulnerabilidade. Por esse horizonte, o exercício profissional oferece significado à experiência relacional de dar e receber cuidados, isto é, à dinâmica entre cuidador e assistido.

(2010) exploram as hierarquias sociais através dos “sentimentos morais” de nojo e desprezo. O nojo corresponderia à transgressão das fronteiras entre interior-exterior, frequentemente associada ao contato (visual, tátil ou olfativo) com excreções do corpo humano. O desprezo está relacionado às condutas morais humilhantes, afirmadas pela perda da identidade e inferiorização perante outros.

As emoções são fenômenos que devem ser contextualizados, pois emergem da relação entre sujeitos. Os afetos são marcados por relações de poder, moralidades e expressão de demarcação entre os grupos sociais. No sistema de organização hierarquizada da assistência à saúde, as cuidadoras GNNs são caracterizadas como impuras por manipularem excreções dos corpos femininos: conceitos/recém-nascidos mortos. Contudo, as dimensões do trabalho extrapolam os contatos com produtos do corpo e patologias da alma, atividades consideradas repugnantes devido ao manejo de escoamentos fisiológicos/sexuais e de cadáveres. A noção de sujo está relacionada a tarefas indignas e sem valores produtivos, delegadas a posições inferiores na hierarquia profissional. Fantasias de contaminação marginalizam os dedicados a esses trabalhos; os estigmas funcionam como fronteiras invisíveis pelas quais é impossível identificar-se – “eu não poderia fazer o que ele(a) faz” (SCHALK, 2017).

Os ofícios impuros são tolerados, pois lidam com as urgências corporais e mascaram o caráter precível e putrescível do corpo humano. O trabalho sujo e o *care* encontram-se conceitualmente associados à comunicação de falecimentos. O gerenciamento de cadáveres não é consequência de disposições empáticas ou indiferentes às famílias enlutadas, mas da compreensão de que não é possível ausentar-se. Por imperativos de “é preciso fazer”, as camadas inferiores da assistência à saúde ocupam-se de atividades vitais de identidades fundadas nos corpos vivos e mortos. O *care* subsiste por ser indispensável e inestimável. As dedicadas ao trabalho de cuidar assinalam o valor imensurável dos métodos de gestão dos corpos, pelos quais substituem-se moralidades de reconhecimento social por sentimentos de gratidão (MOLINIER, 2012).

Combinada a demonstrações pontuais de agradecimento, a legitimação do *care* lança luz sobre os sentidos atribuídos pelo próprio cuidador. As definições éticas de valoração laboral como resultado de experiências pessoais afasta as significações utilitaristas reduzidas a linguagens monetárias e salariais. Por seu propósito estruturante da vida social, o reconhecimento do trabalho incide sobre as razões subjetivas e moralidades internalizadas. Esse é o argumento central de sensibilização de profissionais aos óbitos e lutos GNNs.

Ao revisitarem as envergaduras universais médicas acerca dos projetos de vida e família, a inclusão do cuidado nos cenários de nascimentos e óbitos reedita as armadilhas coletivas de

valoração dos corpos. A ética do *care* assinala a necessidade de enlutar as políticas e ‘desenlutar’ acometidas. A politização dos relatos de cuidado reverbera vozes diferentes às representações biomédicas estereotipadas de reprodução, do corpo feminino e dos produtos da concepção. Todavia, a presença de trabalhadoras sensíveis nos serviços de saúde não é suficiente para a inscrição do fenômeno nas agendas comunitárias. No entrelaçamento entre afetação e trabalho, as gramáticas e enquadramentos do fenômeno sinalizam a necessidade de intervenções ao mesclar interesses pessoais e políticos.

#### 4.1 Da afetação ao compromisso social: as pesquisas acadêmicas

As manifestações dos óbitos GNNs lançam luz sobre as fronteiras da vida, bem como tensões e disputas em relação às políticas de saúde e responsabilidades ética e médica. A revisão dos estudos antropológicos acerca do entrelaçamento reprodução-finitude evidencia o caráter feminista das pesquisas em LGNN desenvolvidas a partir dos anos 1990 e presentes nesta dissertação. Entre os debates, destacam-se as respostas sociais às perdas GNNs – especialmente ao aborto espontâneo, o poder coercitivo do Estado em relação à vigilância intrauterina e intervenção na gravidez –, e as interseccionalidades das mortes prematuras (KAUFMAN; MORGAN, 2005).

As literaturas norte-americana e francesa assinalam relações entre ciência e gênero no desenvolvimento de pesquisas sobre os fenômenos da morte e do luto GNNs. Tal movimento é estruturado a partir da “segunda onda” feminista, iniciada no final da década de 1960. Da proposta política cujo objetivo primordial era a mudança das condições femininas nas sociedades pela igualdade entre homens e mulheres, surgem projetos intelectuais e acadêmicos: a teoria e os estudos feministas (HEILBORN; SORJ, 1999). Voltado à desconstrução da ciência como espelho da natureza, crescem dois campos de estudo independentes e não sobrepostos – a análise da construção social de gênero e a construção social de ciência. Com a emergência da crítica feminista aos saberes científicos no final dos anos 1970 e início da década de 1980, observam-se aproximações entre os dois domínios (NUCCI, 2018).

Balizada pelos estudos sociais da ciência, o viés feminista assinala o caráter histórico, social e político das verdades e fatos científicos. Aceitar a relação entre gênero e produção de conhecimento implica reconhecer que a evolução científica foi moldada por pressupostos androcêntricos. As noções de neutralidade, objetividade e universalidade expressam a visão de

mundo de membros do gênero hegemônico nas sociedades ocidentais, o masculino. A perspectiva de mulheres cientistas engloba os esforços de valorização de colaboradores ‘invisíveis’. Às margens da ciência, são os acometidos e profissionais/técnicos (LÖWY, 2009).

A ciência é uma narrativa organizadora dos eventos sociais; ao relatar sobre a natureza, realidades e novos ângulos de apreciação são fabricados. A prática científica está fundamentada na arte de contar histórias, cujas especificidades culturais são intrínsecas aos processos/indivíduos que lhes dão origem. Não há qualquer produção científica que escape de interpretações; o caráter objetivo e neutro da ciência é, em certa medida, ficcional. Se a ciência define a “humanidade” através dos homens e provê instrumentos de dominação dos corpos, a intenção da perspectiva feminista de conhecimento é a atualização das definições de “natural” e “humano”. O olhar do feminismo visa a reconstrução da vida comunitária e seus valores morais por meio da proposição de outras linguagens e enquadramentos.

Ao desconstruir a concepção de ciência como atividade abstrata, a compreensão dos eventos por uma ótica feminista produz conhecimentos ancorados na realidade e engajados em demandas sociais. A autoridade científica está relacionada ao processo de visibilidade pela contestação da voz no espaço social: uma “tomada de posição”. Trata-se de contrapor a objetividade transcendente da divisão sujeito/objeto e os saberes localizados e mediados. A ciência crítica é “[...] a favor de uma doutrina e de uma prática da objetividade que privilegie a contestação, a desconstrução, as conexões em rede e a esperança na transformação dos sistemas de conhecimento e nas maneiras de ver.” (HARAWAY, 1995, p. 24). Não se trata de uma teoria de poderes pelas quais linguagens e corpos se submetam a representações universais. O objetivo feminista moderno está centrado na maneira como significações e sentidos são construídos, a fim de que os corpos tenham inscrição comunitária e possibilidade de futuro (NUCCI, 2018).

As produções americanas LGNN encontram-se estruturadas em vivências e posicionamentos políticos das autoras. A antropóloga holandesa Shulamit Reinharz (1988) é pioneira e citação frequente nas publicações. A narrativa da experiência pessoal de aborto espontâneo, ocorrido em 1973, assinala a inadequação de representações sociais das mulheres pela medicina: “A preocupação deles [equipe de saúde] era com o meu útero, não em me fornecer informações ou acolher o meu pesar.”<sup>51</sup> (REINHARZ, 1988, p. 98, tradução nossa). Voltada à história das mentalidades, a análise feminista demonstra esforços na proposição de princípios metodológicos frente às ciências naturais; denuncia e reconfigura os propósitos de ações biomédicas e o controle dos corpos femininos.

---

<sup>51</sup> “*Their concern [medical staff] was with my uterus, not supplying me with information or assisting with my grief.*”

A ausência de linguagem médica que contemple a experiência LGNN e sua elaboração é denunciada. O entendimento subjetivo do ocorrido pelas afetadas não se coaduna com as explicações apresentadas pelas equipes de saúde. A noção de “término” de um projeto de família é difícil de ser elaborada; o investimento na existência e construção social do “bebê” não cessa diante da morte. O relato da autora realça sentimentos de estranheza e irrealidade acerca do ocorrido, uma vez que as experiências pessoais destoam dos argumentos balizadores de condutas médicas e valores culturais de procriação e nascimento, ilustrados pela análise do DeCS/MeSH.

A experiência da reprodução surge reconfigurada nas descrições de gestações e partos atravessados por óbitos GNNs. No capítulo *My miscarriage years*, a antropóloga norte-americana Linda Layne (2013) compartilha sua trajetória de afetação por abortos espontâneos. Em decorrência de sete perdas gestacionais, é classificada pelo termo médico “*habitual aborter*”<sup>52</sup>. É, simultaneamente, vítima e responsável pelo óbito de seus filhos. A pesquisadora relata sentir vergonha por sua “inabilidade de carregar uma criança e continuar tentando”<sup>53</sup> (LAYNE, 2013, p. 6, tradução nossa). Os eventos que afastam o corpo feminino da constituição familiar promovem questionamentos: “Que tipo de mulher, que tipo de pessoa era eu afinal?”<sup>54</sup> (LAYNE, 2013, p. 6, tradução nossa). O óbito GNN põe em xeque os projetos de “bebê” e família, seguros e mediados por intervenções médicas. Risco e finitude não parecem ter lugar nesse horizonte.

Em resposta ao vácuo social, nota-se esforços acadêmicos na construção contemporânea do fenômeno como problemática social e experiência de saúde. Um exemplo é a série educativa de televisão *Motherhood lost: conversations*, produzida por Linda Layne e Heather Bailey (2005-2009)<sup>55</sup>. Dividido em onze episódios<sup>56</sup>, o programa evidencia a necessidade de linguagens e enquadramentos que contemplem o fenômeno. As entrevistas com acometidas engajadas e pesquisadoras feministas são acompanhadas por indicações de leitura para educação continuada. Com foco em trajetórias pessoais/profissionais, a divisão dos episódios

<sup>52</sup> O termo em inglês “*aborter*” possui significados que escapam à língua portuguesa. O emprego do sufixo “*er*”, adicionado a verbos em inglês, gera substantivos que designam ações. No caso em questão, o termo refere-se ao sujeito que padece (“*aborteer*”) e aquele que performa o aborto (“*abortionist*”), ainda que o segundo uso seja raro.  
<sup>53</sup> “[...] *inability to carry a child and my determination to keep trying.*”

<sup>54</sup> “*What kind of person, what kind of woman, was I after all?*”

<sup>55</sup> Produzido pela George Mason University Television (GMU-TV). Disponível em: <https://vimeo.com/gmutv>. Acesso em 30 jun. 2021.

<sup>56</sup> As entrevistas são divididas em quatro focos: reconhecimento público (“*Enhancing public understanding*”); aprimoramento do cuidado (“*Improving care*”); prevenção das mortes (“*Preventing preventable losses*”) e a criação de rituais feministas (“*Creating feminist rituals*”).

em domínios antropológicos – médico, linguístico, visual, da religião, do direito e do consumo – alerta para mudanças de mentalidade em relação aos papéis sociais femininos.

Os óbitos GNNs exaltam discontinuidades nas causas de lutas feministas contemporâneas. Se a pauta das ativistas inclui a reivindicação da agência na gestação e parto, iniciativa semelhante não é evocada nos casos de mulheres cujas gestações terminam com a morte precoce do filho desejado. A postura do manejo dos óbitos GNNs na atenção materno-infantil está assentada em pressupostos masculinos acerca da reprodução; as afetadas não são informadas sobre perdas gestacionais até o diagnóstico de morte fetal. Apesar das discussões sobre a determinação identitária feminina pela procriação, a categoria continua impregnada no imaginário coletivo. Cabe questionar: por que a qualidade e o conforto das experiências de parto e nascimento são relevantes, mas não é possível identificar preocupação comparável diante das mortes GNNs?

A produção da fotógrafa Joanne Leonard (2008) ilustra tais provocações. Professora emérita dos departamentos de Artes & Design e Estudos de Gênero da Universidade de Michigan, seus trabalhos abordam a constituição da subjetividade em famílias matrilineares. *Being in the picture* emprega fotografias e colagens para explorar identidades sociais. Ao desafiar as fronteiras entre as esferas pública e privada, o “documentário íntimo”, forma pela qual define suas obras, inclui o aborto espontâneo sofrido em 1973 (Anexo A). Suas colagens sobre perda gestacional são materiais relevantes para as análises acerca do corpo feminino reprodutivo e valores de maternidade.

Vetado de divulgação por editores e críticos de arte na época de produção, a série *Journal of a miscarriage* (1974) “Não é apenas a história do aborto, mas expressão de sexualidade e raiva, desejo e desejo de gravidez.”<sup>57</sup> (SMITH; CHANSKY, 2014, p. 18, tradução nossa). A submissão do itinerário biográfico das mulheres às normas familiares e médicas é assunto privilegiado por seu olhar. A ausência de temas femininos nas artes visuais reflete moralidades e hierarquias da/na organização coletiva. O “léxico de imagens” oferece sentido às experiências marginalizadas, compromisso social na descrição das vidas das mulheres. “Tornar público algo que não foi feito para ser colocado na esfera pública é uma forma de “saída”, a luta pelo controle sobre as histórias pessoais.”<sup>58</sup> (SMITH; CHANSKY, 2014, p. 20, tradução nossa).

---

<sup>57</sup> “*It’s not just the story of the miscarriage, but the feelings afterwards of sexuality and anger, desire and a desire for pregnancy.*”

<sup>58</sup> “*The making of something that was never meant to be placed into the public realm is a form of ‘outing’, a struggle for control over personal histories.*”

A pretensão de um discurso e suas representações é inseparável dos agentes e instâncias que o veiculam. São esses fatores que produzem consistência social às reivindicações, isto é, a “representatividade” do porta-voz em mobilizar opiniões e credenciar a causa (LENOIR, 1996). A coletânea *Understanding reproductive loss: perspectives on life, death and fertility* (EARLE; KOMAROMY; LAYNE, 2012) apresenta críticas ao manejo dos corpos e simbolização dos óbitos. Por intermédio da análise de linguagens, condutas e rituais de finitude em cenários de gestação, parto e nascimento, as pesquisadoras identificam valores e moralidades do fenômeno LGNN. A seleção dos elementos explorados consiste em interpretações: (in) fertilidade feminina; acometimento materno por deficiência intelectual, câncer, diabetes e pré-eclâmpsia; maternidade de substituição afetada por óbito GNN; e as particularidades do LGNN em distintos espaços sociais e culturas.

Já Casper e Moore (2009) examinam as gramáticas de vigilância e manipulação dos corpos no século XXI. Orientadas para a análise dos enquadramentos LGNNs (ou a ausência deles), a política de invisibilidade de determinados sujeitos e grupos é abordada por perspectivas socioantropológicas e feministas. Qualificados como “corpos perdidos”, são indivíduos despersonificados cujas vidas são consideradas indignas de reconhecimento coletivo. As autoras utilizam o documentário *Marcha dos pinguins*<sup>59</sup> (2005) para refletir sobre óbitos prematuros. A luta pela sobrevivência animal e proteção da prole desperta a empatia do telespectador. Enquanto são visíveis as vulnerabilidades do pinguim à perda do ovo ou morte do filhote, os “bebês” humanos escapam do radar de sensibilidades.

Uma das causas da invisibilidade dos óbitos GNNs é a leitura hegemônica do fenômeno por dados epidemiológicos. Devido à impregnação cultural da medicina baseada em evidências, a ‘dureza’ informativa de gráficos e tabelas afastam as populações da realidade dos eventos sociais. A redução à estatística é um exercício do biopoder; o reconhecimento da morte é impregnado por estratégias de ética seletiva. Ainda que a finitude seja característica intrínseca do sujeito vivente, a qualificação dos óbitos por números e porcentagens oblitera o valor de pessoa do “bebê” e o projeto de família do par parental. Balizada pelo “olhar médico”, a demografia ilustra a autoridade biomédica; debruçada sobre a anatomopatologia, a ciência de base empírica encontra-se fundamentada na experiência clínica (CASPER; MOORE, 2009).

Rose (2007) discorre sobre as formas contemporâneas de subjetividade e cidadania dentro dos espectros político, econômico e ético de gestão de poder no século XXI. Da política da própria vida decorre a constituição de sujeitos biopolíticos através do cruzamento biomédico

---

<sup>59</sup> MARCHA dos pinguins. Direção: Luc Jaquet. Produção de Jean-Christophe Barret, Yves Darondeau, Ilann Girard, Christophe Lioud e Emmanuel Priou. França: National Geographic Feature Films, 2005, 86’, son., color.

com as práticas sociais e burocráticas. As estratégias de governo dos primórdios e fins da vida abordam novas maneiras pelas quais os seres humanos experimentam a si mesmos enquanto criaturas, pessoas e identidades biológicas. Desse modo,

[...] suas existências vitais tornam-se foco do governo, alvo de novas formas de autoridade e expertise, campo altamente catexizado para o conhecimento, território para a exploração bioeconômica, princípio organizador da ética, e participação na política vital molecular.<sup>60</sup> (ROSE, 2007, p. 04, tradução nossa).

Os indicadores demográficos iluminam valores morais acerca dos resultados da reprodução. A morte não é um problema do sul global, associado à pobreza e precarização da vida. Os óbitos GNNs são produtos da socialização e consequências de precariedades (CASPER; MOORE, 2009). Os enquadramentos mobilizados pela noção de pessoa permitem refletir sobre a vida em comunidade, argumento central de Butler (2009). A filósofa discute o fato de determinadas pessoas ou grupos serem expostos a condições econômicas e sociais desfavoráveis; a vida exige condições possibilitadoras para poder ser uma vida “vivível”. Essas circunstâncias dependem de regras e esquemas de reconhecimento, designações de corpo como vida humana.

Os contornos da vida/morte são estabelecidos por contextos socioculturais. Se parece adequado afirmar que em algum limite somos precários e necessitados de cuidados, a precariedade não recai sobre todos. As vidas humanas são atravessadas por gramáticas sociais que dignificam proteção, amparo, subsistência e direito ao luto. Em sintonia com as inequidades na distribuição dos recursos, os corpos são reconhecidos de forma desigual. O uso das expressões “precarizados” e “vulnerabilizados” ao invés de “precários” e “vulneráveis” evoca normas culturais que determinam e naturalizam inscitos e marginalizados. Abordar a precariedade e seu processo de maximização possibilita pensar o sofrimento humano sem ignorar os grupos nos quais estão inseridos. Assim, os processos de luta por reconhecimento não podem ser traduzidos em significados universais.

Inseridos em sociedades de vigilância, o monitoramento biométrico dos corpos contribui para a negação coletiva da fragilidade humana. A confiança na linguagem de quantificação das populações recalca discursos de luto e dor; são raras as abordagens que apresentam as identidades de falecidos e das famílias devastadas pela perda. A apresentação das mortes por parâmetros mensuráveis e homogêneos não é acidental. Agrupados em esquemas, esses registros constroem e fortalecem as estratégias de governo dos corpos, enquanto impulsionam

---

<sup>60</sup> “[...] *their vital existence becomes a focus of government, the target of novel forms of authority and expertise, a highly cathected field for knowledge, an expanding territory for bioeconomic exploitation, an organising principal of ethics, and the stake in a molecular vital politics.*”

racionalizações acerca da gestão da vida/morte. As ciências humanas e sociais traçam perspectivas críticas sobre a demografia cujos conhecimentos são voltados à produtividade; classificações estatísticas medem e aprimoram as populações (CASPER; MOORE, 2009).

A anátomo-política transpassa os processos orgânicos. Os nascimentos e mortes, níveis de saúde e duração das vidas são objetos de regulação social – uma biopolítica das populações. A medicina apresenta técnicas coercitivas. A normalização de condutas é efeito de cartilhas morais, encarregadas de promover a saúde e o bem viver. O saber biomédico reforça os propósitos civilizatórios do Estado de subordinação dos corpos e controle dos grupos. Nesse sentido, a estatística é um exercício de necropolítica. A invisibilização coletiva de indivíduos decorre de relações de poder e soberania: a capacidade de ditar quem deve viver/morrer por meio da instrumentalização da existência humana ou destituição material pela condição de “tumor” (BOLTANSKI, 2013).

Consoante as “vidas enlutáveis” definidas por Butler (2009), a legitimação da morte ocorre através de disposições afetivas e éticas seletivas – a distribuição diferencial da condição de ser passível de luto. Mesmo que a morte seja característica intrínseca do sujeito vivente, o enquadramento dos corpos por valores culturais e morais designa os (in)dignos de reconhecimento. Uma vida só será perdida ou lesada, se primeiro for considerada viva.

Se certas vidas não são qualificadas como vida ou se, desde o começo, não são concebíveis como vidas de acordo com certos enquadramentos epistemológicos, então essas vidas nunca serão vividas ou perdidas no sentido pleno [das palavras].<sup>61</sup> (BUTLER, 2009, p. 1, tradução nossa).

Em diálogo com postulações foucaultianas, Achille Mbembe (2017) reflete sobre vida/morte como traços políticos e categorias na compreensão de vicissitudes e crises contemporâneas. Ao introduzir a questão colonial, o filósofo camaronês aposta no sistema escravocrata e no racismo como fronteiras de organização coletiva, abaixo da ordem social e afastado do “mundo mais humano” (LIMA, 2018). Corpos vulneráveis “são o local de excelência em que os controles e garantias de ordem judicial podem ser suspensos – a zona em que a violência do estado de exceção supostamente opera a serviço da ‘civilização’.” (MBEMBE, 2017, p. 35). O exercício do poder à margem da lei é garantido e são (re)configurados territórios e práticas sociais nos quais “a ‘paz’ tende a assumir o rosto de uma ‘guerra sem fim’.” (MBEMBE, 2018, p. 32-33).

No cenário reprodutivo, as ações dos médicos, representantes da força estatal, ultrapassam as fronteiras institucionais. Evidencia-se um embaralhamento moral, dada a

---

<sup>61</sup> “If certain lives do not qualify as lives or are, from the start, not conceivable as lives without certain epistemological frames, then these lives are never lived nor lost in the full sense.”

permissão de decidir quando, como e contra quem agir de forma extralegal. A postura, dependente de avaliações e julgamentos pessoais, sofre forte influência do contexto e evidencia preconceitos e estigmas em relação aos diferentes grupos. Essas disparidades são indicativos da reprodução estratificada em que a avaliação de identidades sociais por sistemas opressores e/ou discriminatórios produzem distintos resultados reprodutivos.

A valorização da agência no cuidado fundamenta as bases para a aplicação de uma ética de responsabilidade. Tronto (2013) apresenta a noção de “irresponsabilidade privilegiada”. A ‘aceitável’ abstenção da assistência impulsiona os contrastes sociais e o discurso hegemônico individualista. Os conceitos mestres da democracia – igualdade e justiça – são reinterpretados pela liberdade de “não ter que cuidar”. O primeiro, marcado pelo mérito, é qualificado como consequência de más escolhas individuais; já o segundo, obscurece a injustiça e seu caráter estrutural ao reforçar a volição nas decisões de vida.

Versar sobre a interrupção prematura e espontânea de projetos de família corresponde a narrar trajetórias desviantes e marginalizadas. Contudo, aspectos raciais e socioeconômicos desdobram outras invisibilidades. Casper (2016) analisa a cidade de Detroit (MI), uma “placa de Petri” na compreensão dos colapsos e disparidades da saúde pública norte-americana. Dados estatísticos evidenciam racismos e vulnerabilidades. Além das óbvias raízes estruturais, condições de vida globais e fatores específicos da atenção materno-infantil, a autora assinala o foco do combate aos óbitos prematuros. A clínica e política de prevenção recaem sobre os corpos femininos através de práticas de cuidado pré-natal. A retórica da agência na tomada de decisões deposita nas mulheres a responsabilidade por resultados saudáveis, ao passo que poupa aspectos como raça, pobreza, crise de moradia e escassez/má distribuição de alimentos.

Como consequência das incumbências femininas de proteção aos filhos, as grávidas são submetidas a processos criminais por lesões (ou mortes) dos nascituros. Diante das cartilhas morais de recomendações pré-natais, consumo de álcool e drogas, acidentes domésticos e automobilísticos, e recusas à obstetria são passíveis de intervenções legais. A “negligência” em relação aos “bebês” eleva as mortes GNNs à condição de problema jurídico. Os conceptos/recém-nascidos “ameaçados” são retirados de suas mães e entregues à custódia do Estado. As práticas forenses norte-americanas em nome dos nascituros/recém-nascidos são comuns. As mulheres são submetidas a procedimentos clínicos, ou são detidas para tratamento psiquiátrico compulsório (LUPTON, 2013).

Por intermédio da agência na tomada de decisões e qualificação negativa dos estilos de vida, gestantes e puérperas são forçadas a cumprirem pena por abuso e homicídio GNN. As acometidas pela jurisdição reprodutiva são, em sua maioria, negras e hispânicas de classes

populares, vulneráveis à marginalização social e desfavorecidas às circunstâncias de “maternidade responsável”. Os discursos de proteção à criança são outra forma de inscrição social dos resultados procriativos (PALTROW; FLAVIN, 2013). De pungentes tecnologias reprodutivas decorre a noção de “menores sem pais”. Ao conceber os conceitos como seres independentes, a medicina lança luz sobre a “cidadania reprodutiva” (LUPTON, 2013).

Os investimentos no “desejo de filho” e no estatuto de pessoa dos nascituros promovem diferentes destinos aos corpos femininos na sociedade complexa moderno-contemporânea. A heterogeneidade cultural discutida por Gilberto Velho (1981) baliza a análise dos critérios de inclusão do LGNN nos radares de sensibilidades. O campo dos óbitos GNNs é simultaneamente espaço de unidade e fragmentação: destaca a relevância dos projetos de família por dogmas reprodutivos, e é campo social de perspectivas englobantes voltadas ao desempenho de papéis sexuais. Em tal dialética, o componente biográfico é fundamental, uma vez que a trajetória do indivíduo é elemento constituinte da realidade e passaporte de inscrição coletiva. Ao obnubilar particularidades culturais, as condutas de LGNNs são estruturadas e direcionadas para objetivos específicos – a dignidade do projeto de vida do “bebê” perdido e a legitimação da parentalidade.

Paralela à ontologia de falecimento prematuro da “criança desejada”, ganham força as narrativas que apresentam as acometidas de estratos sociais inferiores através de sentimentos “antimãe” (DANIELS, 1996); está em jogo o fracasso em colocar os interesses dos nascituros acima dos próprios e proteger os descendentes como “boas mães” (BADINTER, 1985). Ante ao risco de penalidades por diagnósticos indiscriminados de aborto, as mulheres são dissuadidas de buscar cuidados pré-natais. Se condições e estilos de vida são permeados por moralidades profissionais na assistência materno-infantil, os critérios de saúde punem e encarceram (PALTROW; FLAVIN, 2013).

As críticas feministas denunciam a oposição entre gestantes e produtos conceptivos, quando os direitos dos últimos são priorizados. As práticas médicas apresentam os nascituros como sujeitos indefesos, controlados pela agência materna. As tecnologias de imagem obstétricas revelaram a vida intrauterina e sua dependência do corpo materno. A biomedicina e a gramática forense insistem nessa relação. A inseparabilidade é um argumento de ameaça; a identidade da mulher é apagada e seu corpo é um sistema de suporte/contaminação. O *status* ambíguo da gestação – a modalidade “dois em um” – levanta questões éticas. Os discursos de personificação da gravidez desdobram-se em aproximações de posturas aparentemente opostas, a medicina de vigilância e a volição nas decisões de saúde. A vigilância dos corpos grávidos somada aos supostos efeitos de suas ações conformam as mulheres aos conselhos médicos e às práticas de saúde. É esperado que a gestante busque as opiniões de especialistas, voltados a

proteger o “bebê” de ‘impulsos’ corporais e atitudinais maternos (DANIELS, 1996; LUPTON, 2013).

Os esforços desta pesquisa centram-se no entrelaçamento entre escolhas individuais e práticas de saúde. Diante da multiplicidade cultural, os ideais de competência propõem desafios às mulheres. A demanda por expansão da cidadania e dos direitos sobre o próprio corpo evoca responsabilidades totais diante da tomada de decisões. O Estado apaga sua própria responsabilidade e classifica os óbitos prematuros (e as “doenças de mulher”) como “fracasso” das gestantes e puérperas. A autonomia sobre a capacidade reprodutiva são transformadas em justificativas e explicações médicas. Ainda que livre em sua agência e incumbida do cuidado consigo e com os filhos que geram, as acometidas estão submetidas às normas sociais que ignoram fatalidades e enquadram os processos procriativos através de estilos de vida normais/desviantes. Nesse sentido, a suposição de autonomia individual não se sustenta, uma vez que faz parte da ficção jurídica através da qual as afetadas são interpeladas em suas identidades sociais de mulher e mãe.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contemporaneidade LGNN enquadra-se no espectro das mudanças de mentalidades em torno da reprodução e da morte, mas igualmente das relações familiares. Os estudos antropológicos sobre família assinalam que, a partir da década de 1960, as transformações no âmbito das relações de gênero, vínculos intergeracionais e nos laços de conjugalidade são orientadas por valores (individualistas) associados à escolha e ao amor (HEILBORN, 2004; SALEM, 2007; LINS DE BARROS, 2011; FONSECA, 2012). O filho que não ultrapassa o período gestacional ou falece logo após o nascimento encarna o fracasso de um projeto de família escolhido e não realizado. As demandas de visibilização dessa perda é inteligível e ganha destaque nos radares de sensibilidades mediante a impregnação social das noções de singularidade da pessoa, da agência nas decisões reprodutivas e dos ideais de realização pessoal/conjugal.

A maternidade é o marcador identitário feminino nas representações sociais e a gramática dos papéis sexuais evoca a “obviedade” da vocação materna. Por essa ótica, as acometidas por dificuldades em procriar parecem ferir as convenções de gênero e a organização social. O ideário LGNN ressignifica a noção de pertencimento através de técnicas de elaboração da morte. As identidades parentais são reinterpretadas pela convivência com o filho a partir da produção de memória (LINS DE BARROS, 2011). As famílias evocam conjuntos de valores e dotam os indivíduos de sentimentos de vida. As categorias “mãe/pai de anjo” operam a função simbólica de existência social. A gramática LGNN aborda dois princípios estruturantes do estatuto de “criança” na dinâmica moderna de projeto de conjugalidade e família: o resultado da reprodução e o “desejo de filho”.

O primeiro refere-se ao destino inevitável da união de componentes biológicos. O código genético assinala a participação no grupo familiar; metáforas “de sangue” reforçam a intimidade, intensidade emocional e elos de dependência. A segunda premissa encontra-se atrelada ao avanço de técnicas reprodutivas e de monitoramento fetal. A família é uma criação humana assegurada pelo desejo e, os “bebês” são incluídos na dinâmica familiar anteriormente à concepção (FONSECA, 2012). A unidade familiar evidencia a relevância do amor como fator fundamental ao desenvolvimento pessoal dos membros. Os filhos, anteriormente encarados como mão de obra doméstica, segurança na velhice ou perpetuação hereditária, adquiriram valor essencialmente afetivo (BADINTER, 1985; ARIÈS, 1981).

O “desejo de filho” decorre da conjugalidade, por sua vez, caracterizada pelo amor romântico e livre escolha do/a parceiro/a (SALEM, 2007). Os afetos e os investimentos do casal enlutado em relação ao filho são transformados em empatia e voltados ao amparo de outros casais acometidos. A transformação do sofrimento em pauta política, eixo central dos discursos de inclusão coletiva de grupos minoritários, honra o projeto de família e dignifica o itinerário dos projetos de vida perdido. Ao atribuir ao conceito as noções de pessoa e cidadão, as narrativas e técnicas LGNN confrontam as categorias médicas e endossam os princípios – de amor – das famílias contemporâneas. Ao deslizar entre economias dos corpos e dos afetos, as maternidades/paternidades “imaginadas” e materializadas em objetos apresentam novos desfechos ao projeto de criança.

A produção acadêmica em torno dos óbitos GNNs, que se faz a partir da “afetação”, enseja a leitura exploratória do fenômeno enquanto membro do grupo. “Pôr-se no lugar do outro” não é relativizar ou transcender a posição de pesquisadora, mas escavar vozes ocultas e silenciadas na própria experiência corporal, afetiva e biográfica (FAVRET-SAADA, 2005). Encadeamento privado-público e átomo da estruturação social, a análise da família (reprodução e conjugalidade) abarca as dimensões entre o governo de si e os meios de vigilância Estatal – político, médico e religioso. Os saberes situados perturbam as máximas de competências reprodutivas como formas de darwinismo social (MARTIN, 1994). Ao considerar os produtos da concepção como “bebês de verdade com coisas reais”<sup>62</sup> (LAYNE, 2000), o LGNN questiona a biopolítica na medição do valor de pessoas e grupos.

Diante das disposições de determinação dos (in)visíveis, as acometidas/profissionais desestabilizam a hierarquia social pelo encorajamento às narrativas públicas de sofrimento, reforçadas pela materialidade dos corpos dos “bebês” falecidos. A noção de sucesso procriativo se esvai; os ideais de autorrealização são transformados em demandas de superação da morte (CASPER; MOORE, 2009; MEMMI, 2011) e desempenhados em lutas políticas. Se a verdade biomédica prevê a proteção do conceito pelo corpo materno, invólucro do verdadeiro paciente (CASPER, 1998; LUPTON, 2013), os saberes LGNN dignificam seu nome e morte em pautas feministas de visibilidade comunitária. O ideário de manejo dos óbitos reinterpreta as orientações médicas por óticas de solidariedade; a economia do discurso LGNN valoriza mentalidades e comportamentos de amor em relação aos filhos perdidos.

---

<sup>62</sup> Em “*He was a real baby with real things*”: a material culture analysis of personhood, parenthood and pregnancy loss, Layne (2003) explora as maneiras como os casais enlutados utilizam a cultura material para lidar com o acometimento por perdas GNNs. Os objetos pessoais mesclam passado e futuro, bens comprados/feitos para a criança durante a gravidez e adquiridos em memória após sua morte. Através de práticas de consumo – compra, doação e preservação –, o par parental constrói a trajetória biográfica de seus filhos enquanto “de verdade”.

A lógica é estruturada na disciplina de ressignificar o luto: a expressão obrigatória dos sentimentos (MAUSS, 1979) garante o pertencimento coletivo e inscreve o fenômeno enquanto problemática social. As pesquisas acadêmicas transformam afetações pessoais/profissionais em operações de conhecimento e mudança social (FAVRET-SAADA, 2005). Maryse Dumoulin e Catherine Le Grand-Séville (2002) são exemplos da transformação dos resultados de pesquisas em práticas à comunidade afetada. As autoras fazem parte, respectivamente, de uma organização não-governamental de apoio aos acometidos por óbitos prematuros (*Nos Tout-Petits*<sup>63</sup>) e de uma associação que visa conscientizar acerca da violência obstétrica (*Questionner Autrement le Soins*<sup>64</sup>).

A produção de Claudine Schalck (2017) está associada à criação de um dispositivo calcado na aliança dos serviços de proteção materna e infantil franceses; trata-se de visitas domiciliares pós-natais ao par parental “sem filhos”. A autora destaca a solidão das famílias pela invisibilidade do LGNN. Ainda que as técnicas estejam voltadas à saúde mental dos enlutados, são evidentes as repercussões da morte aos profissionais de saúde. Acostumados à medicalização e monitoramento dos corpos, a natureza desses óbitos desestabiliza as atividades laborais dos cuidadores. A tese de doutorado explora as ausências do *care* e propõe recomendações específicas de manejo do fenômeno LGNN. As pesquisas francesas estabelecem relações diretas com os afetados por meio de práticas de sensibilização profissional. A elevação à categoria de problema é consequência de reflexões sobre o cuidado.

Já os saberes norte-americanos estão dirigidos para educação continuada das populações. A exposição de Monica Casper e Kelly McCarty (2011) no TEDx ASUWest<sup>65</sup> ilustra tal afirmação. Com o projeto de pesquisa *Mortal Coil*<sup>66</sup>, as cientistas almejam a conscientização sobre mortes prematuras através de um jogo de *videogame*. Desenvolvido pelas pesquisadoras, a temática é apresentada em distintos países; o objetivo do jogador é criar estratégias para erradicar as fatalidades, considerando aspectos culturais e condições socioeconômicas. A Somália é um dos cenários reproduzidos, fase impossível de ser ultrapassada. A proposta não é fazer vencedores, mas inserir – por meio de tecnologias de computação gráfica – corpos e realidades invisíveis nas pautas de discussão contemporâneas.

---

<sup>63</sup> Disponível em: <http://www.nostoutpetits.fr/>. Acesso em 06 jul. 2021.

<sup>64</sup> Disponível em: <https://questionnerautrementlesoin.fr/>. Acesso em 06 jul. 2021

<sup>65</sup> Apresentação *The faces of infant mortality*, proferida no TEDx da Arizona State University (West) – *Redefining videogames*, em 30 abr. 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=i4PtXGT7Pa4>. Acesso em 06 jul. 2021.

<sup>66</sup> A expressão idiomática inglesa “*mortal coil*” é traduzida livremente como “bobina/espíral mortal”. Trata-se de um termo poético para os problemas da vida cotidiana e as lutas contra os sofrimentos do mundo. É usada no sentido de um fardo a ser carregado ou abandonado. Shakespeare utiliza a expressão no clássico monólogo de *Hamlet*, “Ser ou não ser”.

As práticas de inscrição da temática não se referem ao retorno ao passado e ao modo tradicional de lidar com a morte pela religião. As operações atuais estão balizadas por interpretações feministas. A inclusão do LGNN na esfera pública não decorre da familiaridade em relação aos óbitos, mas do esforço de discursos e práticas que valorizam os projetos de criança perdidos na coletividade. Sem espaço social para dignificar a vida dos “bebês” mortos em narrativas e cerimônias formais, o apoio da ciência torna-se relevante. A legitimação da existência dos filhos decorre da criatividade na ressignificação dos óbitos; conceptos/recém-nascidos transformam-se em lutas políticas, práticas de saúde, produções artísticas e midiáticas, e entretenimento.

\*\*\*

A perspectiva feminista de ciência e tecnologia está voltada ao projeto político de desconstrução da maternidade como experiência médica. O acometimento das cientistas – Reinharz (1988), Leonard (2008) e Layne (2013) – pelo óbito prematuro de seus filhos são elementos relevantes na construção desta dissertação. As pesquisas LGNNs questionam as gramáticas biomédicas. Calcadas na ‘dureza’ dos dados estatísticos de quantificação populacional, críticas à epidemiologia sustentam tentativas de inscrição dos óbitos prematuros de conceptos/recém-nascidos (CASPER; MOORE, 2009). O entrelaçamento entre afetação e ciência produz argumentos ancorados e engajados em demandas de reconhecimento coletivo. A ciência LGNN resgata os fenômenos do nascimento e da morte como eventos sociais; as vivências pessoais ganham o espaço público e estruturam linguagens e enquadramentos voltados à assistência de famílias enlutadas.

Nas discussões sobre afetação e cuidados profissionais, as etnografias norte-americanas e francesas estão centradas no escrutínio dos óbitos GNNs entre segmentos de camadas médias. Essa ressalva não significa afirmar que a causa LGNN negue ou seja insensível às assimetrias e disparidades sociais. A produção intelectual está intimamente relacionada às propostas dos estudos de gênero. A definição do fenômeno como uma extensão das sensibilidades às experiências femininas segue a lógica dos movimentos sociais: mobilizar a luta por direitos reprodutivos e suas causas. Contudo, nos últimos anos, duas cientistas negras norte-americanas passaram a incluir as perdas GNNs como objeto das “injustiças reprodutivas”.

A antropóloga e doula norte-americana Dána-Ain Davis (2018) cunha o conceito de “racismo obstétrico”, centrado na intersecção da violência obstétrica e do racismo médico. A coerção na assistência materno-infantil está assentada na assimetria de gênero; as mulheres

grávidas são submetidas à dominação médica pela condição de paciente. Embora a violência obstétrica seja um elemento de análise das formas como o abuso de poder é experimentado nos processos de assistência à saúde, a categoria não considera os contornos de raça materializados nos encontros de médicos com mulheres pretas. As moralidades são expressas nas altas taxas de óbitos GNNs em populações racializadas e no encarceramento massificado por abortos indiscriminados. Sejam perdas espontâneas ou interrupções voluntárias, o fim gestacional de mulheres pretas exalta a lógica das práticas oferecidas às afetadas. O manejo dos riscos é compromisso individual (TRONTO, 2013).

O racismo obstétrico é uma ameaça à vida materna e aos resultados procriativos. Inclui, mas não se limita, a lapsos diagnósticos; inflige dor e engaja-se em gramáticas de subordinação e procedimentos sem consentimento. As interações médico-paciente demarcam a fluência do racismo estrutural na segregação e vigilância dos corpos. Narrativas de laboratórios médicos são sustentadas pela compreensão de pacientes como “materiais clínicos”, resistentes a dor. O racismo sanciona práticas institucionais/estatais e define “supercorpos” (“*superbodies*”). Posturas biomédicas traduzem autorizações às técnicas eugênicas e de aprimoramento biológico (DAVIS, 2018).

Em *Policing the womb: invisible women and the criminalization of motherhood*, Michele Goodwin (2020) afirma que os comportamentos durante a gestação são amplamente moralizados; leis criminais regem o uso de medicamentos e drogas substâncias ilícitas, bem como políticas de planejamento familiar e anticoncepção. A fim de ilustrar tal posicionamento, a autora tece a história das políticas de saúde eugênicas e de esterilização compulsória no século XX. A aplicação legislativa desigual pressagia debates sobre sexo e reprodução nos diferentes segmentos populacionais. Assim como os eugenistas procuraram esterilizar os corpos considerados impróprios devido a pobreza, promiscuidade ou vício, as leis contemporâneas evocam argumentos semelhantes de vigilância e punição de estilos de vida e cultura reprodutiva desviantes – a necropolítica (MBEMBE, 2018).

Diante de tantas tecnologias reprodutivas, as mentalidades contemporâneas não aceitam com facilidade os ‘fracassos’ GNNs. Ainda que existam fatores impossíveis de serem controlados, a medicina está centrada na onipotência e na prevenção total dos riscos; as intervenções manipulam os corpos e afastam as ameaças de morte das consciências coletivas (RASPLUS, 2011). As narrativas biomédicas destinam os riscos aos corpos grávidos e, obliteram aspectos socioculturais da agência feminina. Ao defender os direitos do nascituro/recém-nascido, a causa dos óbitos GNNs é desviada de desvantagens sociais e econômicas que põem em risco mãe e filho. O foco contínuo na volição preserva o Estado – e

seus representantes, os médicos –, das repercussões da biopolítica reprodutiva nos projetos de conjugalidade e família (CASPER; MOORE, 2009).

\*\*\*

Busquei compreender o fenômeno LGNN através do recurso epistemológico de saberes situados. As pesquisas (CASPER; MOORE, 2009; DAVIS, 2018; GOODWIN, 2020) denunciam éticas seletivas e relações de poder. Estão em jogo disposições afetivas – a condição diferencial de ser passível de luto. Característica intrínseca do sujeito vivente, a categorização dos corpos femininos e dos produtos reprodutivos por valores morais designa os “bebês” (in)dignos de reconhecimento. Os descritores em saúde e as práticas de documentação de nascimentos/óbitos refletem as mentalidades e posturas médicas frente ao óbito prematuro (BUTLER, 2009; BOLTANSKI, 2013).

O exame do vocabulário estruturado DeCS/MeSH ressalta a assimetria presente na relação médico-paciente. Os códigos linguísticos sustentam diagnósticos e intervenções “salvadoras”. O saber biomédico deriva de concepções de ciência neutra, objetiva e universal; a “verdade” determina os enlutáveis, isto é, os ‘registrados’ nas dinâmicas de entrada/saída da coletividade. Por intermédio do exame das políticas de registro de nascimentos/óbitos, nota-se que a “fala do documento” é, na verdade, a “fala do médico”. As qualificações biomédicas hierarquizam as vidas humanas e contraditam as teorias jurídicas de semelhança dos seres. Os estatutos de paciente e “tumor” abala a noção de igualdade por distintas condições de cidadania e visibilidade. Os descritores aqui analisados exaltam moralidades no modo de inscrição de nascimentos/óbitos e sublinham as discontinuidades no estatuto de pessoa pela medicina.

São múltiplas as potencialidades e tensões presentes na afetação/profissionalização dos óbitos e do luto GNNs. Propus o desafio de que minha trajetória biográfica e condição de “bebê arco-íris” não fossem restritas à vida privada. A seleção das autoras mobilizadas na escrita desta pesquisa funcionam como interpretações pessoais do fenômeno. Analisar as perdas prematuras por ângulos de apreciação feministas dos estudos de família, conjugalidade e reprodução almejou abarcar novos aportes teóricos e enquadramentos para o tema. A perspectiva ética de sensibilização e inclusão coletiva de mulheres afetadas promove fundamentos para outras investigações: o saber situado da realidade nacional LGNN. Nesse sentido, a pesquisa avança nos debates de políticas, estratégias e práticas de inscrição (ou marginalização) do fenômeno em território brasileiro. Afinal, resistir é ressignificar os afetos – o episódio do *sibling* perdido é transformado em operação de conhecimento.

## REFERÊNCIAS

ALZUGUIR, F. de C. V. A metáfora do corpo: um olhar sobre a obra de Emily Martin. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 247-249, jan./abr. 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR*: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4 ed. Lisboa: Climepsi, 2002. 886 p.

\_\_\_\_\_. *DSM-5*: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 1780 p.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981. 209 p.

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009. 282 p.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 9 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.

BECKER, H. S. *Outsiders: estudos da sociologia do desvio*. Tradução de Maria Luiza X. de Borges. Revisão técnica de Karina Kuschnir. 1 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008. 231 p.

BIREME/OPAS/OMS. *BIREME inaugura novo portal DeCS*. Disponível em: [https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com\\_content&view=article&id=496:bireme-inaugura-novo-portal-decs&Itemid=183&lang=pt](https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=496:bireme-inaugura-novo-portal-decs&Itemid=183&lang=pt). Acesso em 28 out. 2020.

BLEYEN, J. Hidding babies: how birth professionals make sense of death and grief. In: EARLE, S.; KOMAROMY, C; LAYNE, L (Orgs.). *Understanding reproductive loss: perspectives on life, death and fertility*. Surrey, Inglaterra/ Burlington, Vermont: Ashgate Publishing, 2012. P. 179-192.

BOLTANSKI, L. *The foetal condition: a sociology of engendering and abortion*. Cambridge: Polity Press, 2013. 328 p.

BORKMAN, T. Experiential knowledge: a new concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review*, v. 50, p. 445-456, 1976.

BOURDIEU, P. *A economia das trocas linguísticas: o que falar quer dizer*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

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*/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASILEIRO, T. V. “*Filho de*”: um estudo sobre o sub-registro de nascimento na cidade do Rio de Janeiro. 2008 (Doutorado em Educação) – Departamento de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BRIND’AMOUR, K.; GARCIA, B. “Mizuko Kuyo”. *Embryo Project Encyclopedia* (30/10/2017). ISSN: 1940-5030. Disponível em: <<http://embryo.asu.edu/handle/10776/1716>>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRUM, E.; MIN, M. O filho possível. *Revista Época* [online], 09 abr. 2010. Saúde e bem-estar. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI132195-15257,00-O+FILHO+POSSIVEL.html>. Acesso em 28 out. 2020.

BUTLER, J. P. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 236 p.

\_\_\_\_\_. *Frames of war: when is life grievable?* Nova Iorque/Londres: Verso, 2009. 193 p.

CALLON, M.; LATOUR, B. Don’t throw the baby out in the Bath School! A reply to Collins and Yearly. In: PICKERING, A. *Science as practice and culture*. Chicago: University of Chicago Press, 1992. p. 343-368.

CASPER, M. J. At the margins of humanity: fetal positions in science and medicine. *Science, Technology & Human Values*, v. 19, n. 3, p. 307-323, verão 1994.

\_\_\_\_\_. *The making of the unborn patient: a social anatomy of fetal surgery*. Nova Jersey: Rutgers University Press, 1998. 267 p.

\_\_\_\_\_. When cities fail, babies die. *Metropolitiques*, 2 fev. 2016. Disponível em: <http://www.metropolitiques.eu/When-Cities-Fail-Babies-Die.htm>. Acesso em: 3 jul. 2021.

CASPER, M. J.; MOORE, L. J. *Missing bodies: the politics of visibility*. Nova Iorque e Londres: New York University Press, 2009. 223 p.

CHAZAN, L. K. “*Meio quilo de gente*”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 230 p.

CUNNINGHAM, G. *et al. Williams Obstetrics, 21st edition*. Nova Iorque: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2001. 1668 p.

DANIELS, C. R. *At women’s expense: state power and the politics of fetal rights*. 2 ed. Cambridge, Massachusetts e Londres, Inglaterra: Harvard University Press, 1996. 183 p.

DA MATTA, R. A mão visível do Estado: notas sobre o significado cultural dos documentos na sociedade brasileira. *Anuário Antropológico: Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro, n. 99, p. 37-64, 2002.

DAVIS, D-A. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor and birthing. *Medical Anthropology*, v. 38, n. 7, p. 560-573, 2019.

DEBEST, C.; HERTZOG, I-L. Désir d'enfant – devoir d'enfant. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, v. 48, n. 2, p. 29-51, 2017.

DECS/BVSALUD. *DeCS 2020 – Dados estatísticos*. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/P/estatistica2020.htm>. Acesso em 28 out. 2020.

DE LORENZI, D. R. S. *et al.* A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 141-146, jan./fev. 2001.

DELPHY, C. La maternité occidentale contemporaine: le cadre du désir d'enfant. In: DESCARRIES, F.; CORBEIL, C. (Orgs.). *Espaces et temps de la maternité*. Montréal: Remue-ménage, 2002. p. 68-82.

DOKA, K. J. *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books, 1989. 347 p.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Trad. de M. T. da Costa Albuquerque; revisão técnica de J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 2012. 232 p.

DUARTE, L. F. D. Pessoa e dor no ocidente (o “holismo metodológico” na antropologia da saúde e doença). *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 4, n. 9, p. 13-28, out. 1998.

\_\_\_\_\_. Pessoa e indivíduo. In: LIMA, A. C. de S (Org.). *Antropologia e direito: temas antropológicos para estudos jurídicos*. Brasília/Rio de Janeiro/Blumenau: Associação Brasileira de Antropologia/Iaced/Nova Letra, 2012. p. 141-145.

DUMOULIN, M.; VALAT, A.-S. Morts en maternité: devenir des corps, deuil des familles. *Études sur la mort*, v. 119, n. 1, p. 77-99, 2001/1.

DUMOULIN, M.; LE GRAND-SÉBILLE, C. “L’un sans L’autre”: la disparation d’un jumeau en période périnatale. *Études sur la mort*, v. 121, n. 1, p. 105-139, 2002/1.

DUMOULIN, M. Des morts sans souvenir: la mort des tout-petits. *Études sur la mort*, v. 133, n. 1, p. 85-89, 2008.

EARLE, S.; KOMAROMY, C.; LAYNE, L. An introduction to understanding reproductive loss. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). *Understanding reproductive loss: perspectives on life, death and fertility*. Surrey, Inglaterra/Burlington, Vermont: Ashgate, 2012. p. 1-8.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos. In: \_\_\_\_\_. *A solidão dos moribundos, seguido de ‘Envelhecer e morrer’*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. p. 1-17.

FARIA, A. F. de; LERNER, K. “Reaprender a viver”: os sentidos da morte e do sofrimento entre mães que perderam filhos. *Revista M.*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 180-200, jan./jun. 2019.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. *Cadernos de Campo*, n. 13, 2005.

- FERREIRA, L.; LOWENKRON, L. Perspectivas antropológicas sobre documentos: diálogos etnográficos na linha dos papéis policiais. In: \_\_\_\_\_. *Etnografia de documentos: pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias*. 1 ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2020. p. 17-52.
- FONSECA, C. Introdução. Família e parentesco: uma introdução. In: LIMA, A. C. de S (Org.). *Antropologia e direito: temas antropológicos para estudos jurídicos*. Brasília/Rio de Janeiro/Blumenau: Associação Brasileira de Antropologia/Iaced/Nova Letra, 2012. P. 460-476.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. 1 ed. Rio de Janeiro: Forense- Universitária, 1977. 241 p.
- FREIRE, T. C. G.; CHATELARD, D. S. O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 1007-1022, set. 2009.
- FREUD, S. (1915). *Reflexões sobre os tempos de guerra e morte*. Trad. sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 281-312. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV).
- \_\_\_\_\_. (1917 [1915]). *Luto e melancolia*. Trad. sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 243-263. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV).
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4 ed [reimp.]. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 158 p.
- GOODWIN, M. *Policing the womb: invisible women and the criminalization of motherhood*. Nova Iorque: Cambridge University Press, 2020. 334 p.
- GROSSMAN, S. Finding comfort after miscarriage. In: GROSSMAN, S.; HAUT, R (Orgs.). *Daughters of the king: women and the synagogue. A survey of history, Halakhah and contemporary realities*. Philadelphia/Jerusalém: The Jewish Publication Society, 1992. p. 284-290.
- HAN, B.-C. *Sociedade do cansaço*. Vozes, 2015. 136 p.
- HALLAM, E.; HOCKEY, J. *Death, memory and material culture*. Oxford: Berg, 2001. 264 p.
- HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, n. 5, p. 07-41, 1995.
- HEELAS, P.; WOODHEAD, L. *The spiritual revolution: why religion is giving way to spirituality*. Oxford: Blackwell Publishing, 2005. 224 p.
- HEILBORN, M. L. *Dois é par: gênero e identidade sexual no contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004. 217 p.
- \_\_\_\_\_. Heterossexualidades, contracepção e aborto: uma pesquisa em quatro capitais latino-americanas. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 12, dez. 2012.

HEILBORN, M. L. e SORJ, B. “Estudos de gênero no Brasil”. In: MICELI, S. (Org.). *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*, ANPOCS/CAPES. São Paulo: Editora Sumaré, 1999, pp. 183-221.

HEILBORN, M. L.; RODRIGUES, C. Gênero: breve história do conceito. *APRENDER – Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação*, Vitória da Conquista, ano XII, n. 20, p. 9-21, jul./dez. 2018.

HÉRITIER, F. Les dogmes ne meurent pas. *Autrement*, Paris, n. 3, outono 1975.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012. 215 p.

HUGUES, G. M. “Cesária? Não, obrigada!”: estratégias de uma rede social de gestantes para enfrentar o sistema de cesáreas por conveniência médica no Brasil. 2018 (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 10, n. 4, p. 614-623, 2007.

ILLOUZ, E. *Saving the modern soul: therapy, emotions, and the culture of self-help*. Berkeley: University of California Press, 2008. 294 p.

KAUFMAN, S. R.; MORGAN, L. M. The anthropology of beginnings and ends of life. *The Annual Review of Anthropology*, v. 34, p. 317-341, 2005.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. do C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. *Rev. Saúde Pública* [online], v. 36, n. 6, p. 759-772, 2002.

LAYNE, L. ‘He was a real baby with real things’: a material culture analysis of personhood, parenthood and pregnancy loss. *Journal of Material Culture*, v. 5, n. 3, p. 321-345, 2000

\_\_\_\_\_. *Motherhood lost: a feminist account of pregnancy loss in America*. Nova Iorque: Routledge, 2013. 354 p.

LE BRETON, D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. 1 ed. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002. 256 p.

LE GRAND-SÉBILLE, C. Anthropologie de la mort périnatale aujourd’hui. *Spirale*, n. 31, p. 41-50, 2004/3.

LENOIR, R. Objeto sociológico e problema social. In: MERLLIÉ, D. *Iniciação à prática sociológica*. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 59-106.

LEONARD, J. *Being in pictures: an intimate photo memoir*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2008. 212 f (color. e PB).

LIMA, F. Bio-necropolíticas: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. *Arquivos Brasileiros de Arquivologia*, Rio de Janeiro, v. 70, p. 20-33, 2018.

LINS DE BARROS, M. M. Memória, experiência e narrativa. *Illuminuras*, Porto Alegre, v. 12, n. 29, p. 4-27, jul./dez. 2011.

LORBER, J. MOORE, L. J. *Gender and the social construction of illness*. 2 ed. Walnut Creek/Lanham/Nova Iorque/Oxford: Altamira Press, 2002. 184 p.

LÖWY, I. Ciências e gênero. In: HIRATA, H. et al. (Orgs.). *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: Editora UNESP, 2009. p. 40-43.

LUNA, N. Tirar o aborto da sombra. A condição fetal: uma sociologia do engendramento e do aborto. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 243-266, jan./abr. 2007.

\_\_\_\_\_. O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária. *Campos (UFPR)*, v. 9, p. 177-181, 2008.

LUPI, C. et al. *Histórias de amor na perda gestacional e neonatal*. (s.d.). Recuperado de: <http://www.amazon.com>.

LUPTON, D. *The social worlds of the unborn*. Hampshire/Nova Iorque: Palgrave Mcmillan, 2013. 153 p.

LUTZ, C. A. Engendered emotion: gender, power and the rethoric of emotional control in American discourse. In: HARRÉ, R.; PARROTT, W. G. *The emotions: social, cultural and biological dimensions*. Londres/Thousand Oaks/Nova Delhi: Sage Publications, 1996. p. 151-170.

MACHADO, R. et al. *Danação da norma. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. 559 p.

MACHADO, R. M. *Luto na contemporaneidade: discursos, prescrições e expertises*. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MARTIN, E. *Flexible bodies: tracking immunity in American Culture from the days of Polio to the Age of AIDS*. Massachusetts: Beacon Press, 1994.

\_\_\_\_\_. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006. 378 p.

MATHELIN, C. *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros*. Tradução de Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999. 160 p.

MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “Eu”. In: \_\_\_\_\_. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p. 367-398.

\_\_\_\_\_. A expressão obrigatória dos sentimentos. OLIVEIRA, R. C. (Org.). *Marcel Mauss*. São Paulo: Ática, 1979. p. 147-153.

MBEMBE, A. *Políticas da inimizade*. Lisboa: Antígona Editores Refractários, 2017. 252 p.

\_\_\_\_\_. *Necropolítica*. São Paulo: n-1 Edições, 2018. 71 p.

MCCALLUM, C.; MENEZES, G.; REIS, A. P. dos. O dilema de uma prática: as experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 37-56, jan./mar. 2016.

MELO, C. T. V. de; VAZ, P. R. G. Perda gestacional e neonatal: um sofrimento como outro qualquer. *Matrizes*, v. 13, n. 2, p. 91-112, mai./ago. 2019.

MEMMI, D. *Faire vivre et laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris: La Découverte, 2003. 309 p.

\_\_\_\_\_. *La seconde vie des bébés morts*. Paris: Éd. de L'École des Hautes Études en Sciences Sociales. 2011. 206 p.

\_\_\_\_\_. Le corps mort dans l'histoire des sensibilités. *Communications*, v. 97, n. 2, p. 131-145, 2015.

MENEZES, R. A. Tecnologia e morte natural: o morrer na contemporaneidade. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v. 13, n. 2, p. 129-147, 2003.

\_\_\_\_\_. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond – FIOCRUZ, 2004. 228 p.

MENEZES, R. A.; HEILBORN, M. L. A inflexão de gênero na construção de uma nova especialidade médica. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 563-580, set./dez. 2007.

MOLINIER, P. Ética e o trabalho do care. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Orgs.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 29-43.

NUCCI, M. F. Crítica feminista à ciência: das “feministas biólogas” ao caso das “neurofeministas”. *Estudos Feministas*, v. 26, n. 1, p. 1-14, 2018.

PAGET, M. A. *The unity of mistakes: a phenomenological interpretation of medical work*. Philadelphia: Temple University Press, 2004. 206 p.

PALTROW, L. M.; FLAVIN, J. Arrests of and force interventions on pregnant women in the United States, 1973-2005: implications for women's legal status and public health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 38, n. 2, abr. 2013.

PETCHESKY, R. P. Fetal images: the power of visual culture in the politics of reproduction. *Feminist Studies*, v. 13, n. 2, p. 263-292, verão 1987.

PICARD, H.; DUMOULIN, M. Le tout-petit et la crémation. *Études sur la mort*, v. 132, n. 1, p. 55-64, 2007/2.

- PINHO, A. P. S.; AERTS, D.; NUNES, M. L. Risk factors for sudden infant death syndrome in a developing country. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 3, p. 396-401, jun. 2008.
- RASPLUS, V. Dominique Memmi, La seconde vie des bébés morts. *Lecture* [online], Les comptes rendus, 27 jun. 2011.
- REINHARZ, S. What's missing in miscarriage? *Journal of Community Psychology*, v. 16, p. 84-103, jan. 1988.
- REZENDE, C. B.; COELHO, M. C. *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. 136 p.
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher* [online]. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 224 p.
- ROSE, N. *The politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twentieth-first century*. Princeton, Nova Jersey: Princeton University Press, 2007. 350 p.
- ROUQUAYROL, M. Z. et al. Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo de caso-controle. *Jornal de Pediatria*, v. 72, n. 6, p. 374-378, 1996.
- ROUSSEAU, P. Deuil périnatal : Abord transgénérationnel. *Devenir*, n. 3, p. 35-65, 1998.
- RUSSO, J. *O mundo PSI no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002. 89 p.
- SALEM, T. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 232 p.
- SALGADO, H. de O.; POLIDO, C. A. *Luto perinatal: como lidar. Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal. Guia para profissionais de saúde*. São Paulo: Lexema – Ema Livros, 2018. 127 p.
- SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. *Declaração de Nascido Vivo. Manual de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2011. 24p.
- SCHALCK, C. *Le travail des soignants dédiés à la vie face à la mort périnatale: sages-femmes et gynécologues-obstétricien(ne)s*. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia). École Doctorale Abbé Gregoire – Centre de Recherche sur le Travail et le Développement, Conservatoire National des Arts e Metiers, Paris.
- SMITH, S.; CHANSKY, R. A. Behind the pictures: an interview with Joanne Leonard. *Auto/Biography Studies*, v. 29, n. 1, p. 11-25, 2014.
- SOARES, E. S.; MENEZES, G. M. de S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 19, n. 1, p. 51-60, jan./mar. 2010.
- TOURAILLE, P. Du désir de procréer: des cultures plus naturalistes que la Nature? *Nouvelles Questions Féministes*, v. 30, n. 1, p. 52-62, 2011.

TRONTO, J. *Caring democracy: markets, equality and justice*. Nova Iorque/Londres: University Press, 2013. 228 p.

VATICANO. Comissão Teológica Internacional. *A esperança da salvação para as crianças que morrem sem batismo*. Vaticano: Archivo Apostólico Vaticano, 2007. Disponível em: <[https://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/cti\\_documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20070419\\_un-baptised-infants\\_po.html](https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/cti_documents/rc_con_cfaith_doc_20070419_un-baptised-infants_po.html)>. Acesso em: 15 abr. 2021.

VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, E. de O. (Org.). *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método de pesquisa social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1978. p. 36-47.

\_\_\_\_\_. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar Eds., 1981.

VIDAL, M. Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 2, p. 3185-3190, 2010.

WALTER, T. *What death means now: thinking critically about dying and grieving*. Bristol: Policy Press Shorts – Insights, 2017. 144 p.

WOODTHORPE, K. Baby gardens: a privilege or predicament? In: EARLE, S.; KOMAROMY, C; LAYNE, L (Orgs.). *Understanding reproductive loss: perspectives on life, death and fertility*. Surrey, Inglaterra/ Burlington, Vermont: Ashgate Publishing, 2012. p. 143-154.

ZEITLYN, D. Anthropology in and of the archives: possible futures and contingente pasts. Archives as anthropological surrogates. *Annual Review of Anthropology*, v. 41, p. 461-480, 2012.

ZONABEND, F. Les mortes et les vivants. Le cimetière de Minot en Châtillonnais. *Études rurales*, v. 52, p. 7-23, 1973.

ZORDO, S. de. The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 19-35, jan./mar. 2016.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.

**ANEXO – As obras de Joanne Leonard (1974)**

Colagens organizadas em *Journal of a miscarriage* (LEONARD, 1974).

Figura 1 – Untitled (Women, flower, snail) (s.d.)



Fonte: <https://www.lensculture.com/jleonard>.

Figura 2 – Love Letter (1973)



Fonte: <https://www.lensculture.com/jleonard>.

Figura 3 – Pregnant (1973)



Fonte: <https://www.lensculture.com/jleonard>.

Figura 4 – Reproduction (1973)



Fonte: <https://www.lensculture.com/jleonard>.