

Universidade Federal de Goiás  
Faculdade de Educação  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Florise Teles Andrade

**Puerpério e processos identitários maternos diante da perda gestacional e suas  
implicações psicossociais na parentalidade**

Goiânia

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESSES

### E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

#### 1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação     Tese

#### 2. Nome completo do autor

Florise Teles Andrade

#### 3. Título do trabalho

Puerpério e processos identitários maternos diante da perda gestacional e suas implicações psicossociais na parentalidade

#### 4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);
  - b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
- O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

**Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **FLORISE TELES ANDRADE, Discente**, em 20/09/2021, às 18:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Naraiana De Oliveira Tavares, Vice-Coordenadora de Pós-graduação**, em 21/09/2021, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art.

29/09/2021 11:52

SEI/UFG - 2340021 - Termo de Ciência e de Autorização (TECA)



6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Susie Amancio Goncalves De Roure, Professor do Magistério Superior**, em 22/09/2021, às 15:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2340021** e o código CRC **9B50ADD2**.

Referência: Processo nº 23070.046891/2021-55

SEI nº 2340021

Universidade Federal de Goiás  
Faculdade de Educação  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Florise Teles Andrade

**Puerpério e processos identitários maternos diante da perda gestacional e suas  
implicações psicossociais na parentalidade**

Trabalho final de mestrado apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, linha de pesquisa processos sociais e educacionais sob orientação da Profa. Dra. Susie Amâncio Gonçalves de Roure.  
Área de concentração: Psicologia

Goiânia  
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Andrade, Florise Teles

Puerpério e processos identitários maternos diante da perda gestacional e suas implicações psicossociais na parentalidade [manuscrito] / Florise Teles Andrade. - 2021. xiii, 153 f.

Orientador: Prof. Dr. Susie Amâncio Gonçalves de Roure.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Goiânia, 2021.  
Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. parentalidade. 2. puerpério. 3. luto parental. 4. processos identitários. 5. maternidade. I. Roure, Susie Amâncio Gonçalves de, orient. II. Título.

CDU 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 16 da sessão de Defesa de Dissertação de **Florise Teles Andrade**, que confere o título de Mestra em **Psicologia**, na área de concentração em **Psicologia**.

Aos oito dias do mês de setembro de 2021, a partir das 09:00 horas, através de plataforma virtual segundo a Instrução Normativa PRPG/UFG 001, de 27 de março de 2020, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “PUERPÉRIO E IDENTIDADE MATERNA DIANTE DA PERDA NEONATAL E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS NA PARENTALIDADE ”. Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Professora Doutora **Susie Amâncio Gonçalves de Roure (PPGP/UFG)** com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professora Doutora **Priscilla Melo Ribeiro de Lima (PPGP UFG)**, membro titular interno, Professora Doutora **Alessandra da Rocha Arrais (ESCS DF)**, membro titular externo. Durante a arguição os membros da banca **fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **aprovada** pelos seus membros. Proclamados os resultados pela Professora Doutora **Susie Amâncio Gonçalves de Roure**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos **oito dias do mês de setembro de 2021**.

**Presidente e membro titular:**

Susie Amâncio Gonçalves de Roure/ PPGP UFG

**Membro titular 02:**

Priscilla Melo Ribeiro de Lima/ PPGP UFG

**Membro titular 03:**

Alessandra da Rocha Arrais/ ESCS DF

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

Puerpério e processos identitários maternos diante da perda gestacional e suas implicações psicossociais na parentalidade.



Documento assinado eletronicamente por **Susie Amancio Goncalves De Roure, Professor do Magistério Superior**, em 08/09/2021, às 11:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Melo Ribeiro De Lima, Professora do Magistério Superior**, em 13/09/2021, às 09:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Naraiana De Oliveira Tavares, Vice-Coordenadora de Pós-graduação**, em 21/09/2021, às 11:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ALESSANDRA DA ROCHA ARRAIS, Usuário Externo**, em 21/09/2021, às 12:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2319923** e o código CRC **AEEB2500**.

Referência: Processo nº 23070.046891/2021-55

SEI nº 2319923

Universidade Federal de Goiás  
Faculdade de Educação

**Puerpério e processos identitários maternos diante da perda gestacional e suas  
implicações psicossociais na parentalidade**

Florise Teles Andrade

Data da defesa: 08 de setembro de 2021

Comissão examinadora

---

Dra. Susie Amâncio Gonçalves de Roure (Presidente)  
Universidade Federal de Goiás (UFG)

---

Dra. Alessandra da Rocha Arrais (ESCS/DF (Membro externo)  
Universidade de Brasília (UnB)

---

Dra. Priscilla Melo Ribeiro de Lima (Membro interno)  
Universidade Federal de Goiás (UFG)

---

Dra. Maria do Rosário Silva Resende (Suplente)  
Universidade Federal de Goiás (UFG)

---

Dra. Flávia Maria Soares Pereira da Silva (Suplente)  
Universidade Federal de Goiás (UFG)

Dedico este trabalho a todas as famílias  
que perderam seus filhos.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus pela vida.

Agradeço ao meu pai, Gilberto, que se encontra no plano espiritual, por ter me apoiado e por todo seu amor, pela leitura dos meus escritos e por me proporcionar amparo e segurança para que eu pudesse voltar a estudar.

Agradeço a minha psicóloga Valderez, por ter me incentivado e acreditado em mim quando eu mesma tinha dúvidas se conseguiria.

Agradeço ao meu marido Robson, pela compreensão e apoio, sendo meu braço direito e muitas vezes o esquerdo em casa e com todos aqueles que cuidamos (mãe, sogra e filho) para que eu pudesse cumprir prazos e me delongar na pesquisa. Agradeço meu filho Estevão, por esperar a mamãe estudar.

Agradeço a minha orientadora Susie, pela condução respeitosa e por me deixar tão à vontade não só para dizer do que não sei, mas da minha vontade de aprender; por ter sido tão carinhosa e empática com tudo que enfrentei na vida pessoal nesses dois anos de mestrado.

Agradeço a minha professora de português e amiga Fernanda, pelas intermináveis correções e escuta das dores e dos amores.

Agradeço a minha colega de mestrado Raissa, pelos inúmeros encontros, leituras e discussões a respeito dos estudos, da psicanálise e de uma vida.

Agradeço a Leilyane, minha amiga, por ter sido tão acolhedora e amorosa em dias de chuva e de sol.

Agradeço ainda às mulheres que me confiaram suas narrativas e aos seus filhos.

Que estes estudos tenham feito diferença em suas vidas e que transformem outras narrativas, proporcionando sempre escuta e acolhimento na prática psicanalítica e psicológica.

Eu sonhei que estava exatamente aqui, olhando pra você  
Olhando pra você exatamente aqui  
Cê não sabe, mas eu tava exatamente aqui, olhando pra você  
Cê não sabe, mas eu tava exatamente aqui.  
Música Dia a Dia, Lado a Lado

## Sumário

<b>Resumo.....</b>	<b>xii</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>14</b>
<b>Capítulo 1 Parentalidade e a constituição do papel materno na modernidade.....</b>	<b>23</b>
1.1 Puerpério e morte neonatal.....	38
1.2 Formação da psicologia no tema da perinatalidade.....	48
<b>Capítulo 2 Luto parental no puerpério e construção identitária.....</b>	<b>55</b>
2.1 Gestação e o processo de identificação com o objeto.....	56
2.2 Noção de objeto na psicanálise e objeto perdido.....	64
2.3 Sexualidade feminina e Édipo.....	69
2.4 O conceito de identidade na psicanálise.....	77
<b>Capítulo 3 Percurso Metodológico.....</b>	<b>87</b>
3.1 Metodologia.....	87
3.1.1 Definição do objetivo geral e específico.....	87
3.1.2 Tipo de estudo .....	88
3.1.3 As narrativas de vida como metodologia de pesquisa.....	88
3.1.4 As etapas das entrevistas.....	89
3.1.5 Procedimentos.....	90
3.1.6 Análise e interpretação dos dados .....	91
3.1.7 Cuidados éticos .....	91
3.2 Descrição da história das participantes narradoras.....	92
3.2.1 Narradora J.A. ....	92
3.2.2 Narradora J.E. ....	94
3.2.3 Narradora S.E. ....	97
3.3 Discussão e análise das entrevistas narrativas.....	100
3.3.1 Análise da entrevista narrativa J.A. ....	100
3.3.2 Análise da entrevista narrativa J.E. ....	111
3.3.3 Análise da entrevista narrativa de S.E. ....	122
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>134</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>142</b>
<b>Apêndice.....</b>	<b>149</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>151</b>

## Resumo

A presente dissertação aborda a transição da identidade materna atravessada pela perda neonatal no puerpério, dentro da teoria psicanalítica. Para pesquisa qualitativa foi utilizada a metodologia das entrevistas narrativas, na qual foram realizados três estudos de casos de mães primíparas com idades entre 25 e 35 anos que perderam seus filhos(as) entre 0 e 27 dias de vida. Para contemplar este tema, o levantamento bibliográfico acerca do luto parental e da constituição da parentalidade abarcou os discursos que antecedem o lugar materno na modernidade. Nesse sentido, buscou-se compreender as construções históricas e suas possíveis imbricações no processo de identificação da mulher com a maternidade relacionados posteriormente à perda e morte do filho. Nesse seguimento, a deficiência de protocolos na assistência à saúde da mulher dentro das políticas públicas quanto ao manejo da intervenção psicológica em situações de luto perinatal foi destacada com o propósito de demonstrar como esses eventos podem complexificar posteriormente a elaboração psíquica. O ciclo gravídico puerperal e seus desdobramentos foram contemplados de forma detalhada junto aos processos de validação em nossa cultura por obstaculizarem a elaboração do luto e a reparação narcísica nos casos investigados. Destarte, a pesquisa visa contribuir para ampliar o campo da perinatalidade e destacar a urgência em sistematizar estudos psicológicos e psicanalíticos que possam colaborar na implementação de modificações na área da saúde da mulher com vistas a legitimar socialmente o luto e o reconhecimento da experiência da maternidade.

**Palavras-chave:** parentalidade; puerpério; luto parental; processos identitários; maternidade.

## Abstract

This dissertation addresses the transition of maternal identity crossed by neonatal loss in the puerperium within the psychoanalytic theory. For qualitative research, the methodology of narrative interviews was used, in which three case studies of primiparous mothers aged between 25 and 35 years who lost their children between 0 and 27 days of life were carried out. To contemplate this theme, the bibliographical survey about parental grief and the constitution of parenthood encompassed the discourses that precede the maternal place in modernity. In this sense, we sought to understand the historical constructions and their possible implications in the process of identifying women with motherhood, later related to the loss and death of their child. In this follow-up, the deficiency of protocols in women's health care and in the management of psychological intervention in situations of perinatal mourning was highlighted in order to demonstrate how these events can further make the psychic elaboration more complex. The pregnancy-puerperal cycle and its consequences were covered in detail along with the validation processes in our culture, as they hinder the elaboration of mourning and narcissistic reparation in the investigated cases. Thus, the research aims to contribute to expanding the field of perinatal care and highlight the urgency to systematize psychological and psychoanalytic studies that can collaborate in the implementation of changes in the area of women's health in order to socially legitimize grief and the recognition of the experience of motherhood.

Keywords: parenthood; puerperium; parental grief; identity processes; maternity.

## Introdução

O luto gestacional e neonatal tem encontrado espaço nos debates acadêmicos recentemente e muito dessa visibilidade advém da luta de mulheres que passaram por uma experiência traumática e buscaram o reconhecimento de seu sofrimento e da identidade parental junto à sociedade. A academia tem sido convocada a participar desse encontro recente da Psicologia com a perinatalidade e parentalidade e convidada a promover estudos endereçados à escuta das mulheres e de suas narrativas. Sob essa perspectiva, a atuação do psicólogo vem passando por uma transformação necessária que vai ao encontro de aportes teóricos mais atualizados que discutam a temática acerca da construção social em torno da parentalidade. Nesse sentido, as discussões e as práticas precisam ser ampliadas em busca de protocolos que mobilizem ações na área de assistência à saúde da mulher dentro e fora do hospital, principalmente quanto à política de saúde nacional. Tais ações tornam-se fundamentais para que essas famílias e mulheres que passaram pela perda neonatal possam ser amparadas no seu encontro com o filho, na despedida e na tomada de decisões com a relação ao seu próprio corpo, ao aleitamento e às medicações que podem anestesiar os sentimentos e alterar as percepções diante da morte.

Estudos demonstram que poucas pesquisas têm sido desenvolvidas quanto ao manejo e à intervenção psicológica em situações de luto perinatal e enfatizam a existência de protocolos desenvolvidos por profissionais que trabalham na área de forma independente, sem que esses sejam incorporados e consolidados às políticas públicas de assistência à saúde da mulher de forma efetiva. Uma dessas pesquisas que desenvolvem esse importante tema, trazendo dados que corroboram nossa hipótese, é intitulada “Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal” e produzida por Muza, Sousa, Arrais e Iaconelli (2013), que investigam o significado da perda perinatal e do luto parental tendo por base cinco famílias em uma maternidade de Brasília.

Nessa investigação, as autoras discutem como diretrizes voltadas à orientação da equipe de saúde para o acolhimento dos pais e a assistência ao luto por perda do bebê na gestação ou nos primeiros dias de vida tornam-se essenciais na condução da saúde mental dos envolvidos. Nessa análise, foi evidenciado como a despedida do filho e a comunicação e contato dos familiares com esses bebês proporcionam o teste de realidade segundo Freud (1976), conforme citado por Muza, Sousa, Arrais e Iaconelli (2003), fazendo com que as pessoas possam começar a lidar com o bebê real e a “enxergar o lugar psíquico que essa criança ocupava” (p.44). De acordo com Iaconelli (2007), como também exposto pelas autoras mencionadas, “esses

procedimentos, quando em conformidade com o desejo dos pais, permitem desconstruir o investimento subjetivo que foi feito no bebê (Klein, 1996), proporcionando o momento de reconhecimento do lugar do bebê falecido e assim comportando condições para a elaboração da perda” (Muza, Sousa, Arrais e Iaconelli, 2013, p. 44).

O estudo aponta que pais que não se despediram dos filhos carregam uma lacuna que possivelmente irá trazer dificuldade no processo de elaboração da perda, tornando o sujeito ainda mais desamparado. O vínculo da mãe com o filho precede sua chegada e durante a gestação, por via narcísica, ocorre um investimento do bebê idealizado que deverá ser desconstruído apenas após o nascimento, com a corporificação da criança no dia a dia. Quando o bebê morre nesse período, abre-se para Iaconelli (2007), a partir dos autores já citados, uma lacuna que precisa ser preenchida em um processo de reparação de uma ferida narcísica.

Desse modo, a presente dissertação pretende estudar a transição da identidade materna atravessada pela perda neonatal no puerpério, terreno que a experiência clínica nos possibilitou adentrar. Primeiramente, ao acompanhar grupos de mulheres no período do pós-parto que se propuseram a discutir modificações histórico-culturais de suas relações com o grupo social e consigo com o início da maternidade. Posteriormente, essas inquietações aumentaram quando na clínica psicanalítica foi prestado atendimento a uma paciente que estava com 40 semanas e perdeu o filho no parto sem qualquer assistência psicológica. Nesse seguimento, o terreno das perdas perinatais e o luto parental foi-nos introduzido a partir do atendimento de casos com essas particularidades, momento em que surgiram os questionamentos e os entrelaçamentos teóricos para o projeto de pesquisa em questão.

Nesse sentido, este estudo torna-se relevante por oferecer um espaço de fala para essas mulheres e por possibilitar o endereçamento de um olhar mais atento à constituição da subjetividade que faz referência à parentalidade e aos discursos que constituem o lugar materno e paterno na modernidade.

Corroborando essa proposta, a discussão de conceitos peculiares ao espaço-tempo da parentalidade torna-se importante para que o fenômeno puerperal se destaque nas perspectivas psíquicas e sociais e possa ter legitimidade dentro de nossa cultura, que muito centraliza e reduz os cuidados da puérpera somente aos aspectos físicos. Nessa perspectiva, pretende-se com essa pesquisa conhecer mais a problemática por meio da análise de casos de mães primíparas, considerando que esse recorte nos possibilitará explicitar melhor as questões envolvidas na gestação e perda do primeiro filho e, portanto, na formação identitária da mãe e do papel materno.

Com o aprofundamento teórico, visamos contribuir, em termos qualitativos, com a assistência à mãe enlutada tanto no atendimento hospitalar quanto no espaço da clínica, e construir aportes à prática médica, psicológica e às demais áreas da saúde. Desse modo, buscaremos compreender parte da elaboração psíquica da mãe quanto ao processo identitário feita após a morte do primeiro e único filho no período do pós-parto. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico em que encontramos alguns estudos sobre luto e morte perinatal e outros poucos relacionados à mulher e à perda do lugar materno em construção. Lembrando que nossa pesquisa tem a finalidade de abarcar as singularidades das experiências subjetivas e sociais no campo da parentalidade a partir dos aportes teóricos da Psicanálise, utilizaremos como referencial a obra de Freud e de outros psicanalistas contemporâneos e críticos da modernidade.

Iniciaremos a fundamentação pelo levantamento histórico da constituição da mulher e da maternidade na sociedade ocidental, entrelaçando a investigação inicial ao desenvolvimento da teoria psicanalítica com o objeto de discutir também os processos de subjetivação. Nesse seguimento, serão abordados os eventos que fazem parte do ciclo gravídico puerperal pormenorizadamente, assim como seus desdobramentos no contexto social e psicológico no avanço do campo perinatal.

Os percursos que envolvem a organização psíquica frente à gestação e a materialidade do nascimento de ordem consciente e inconsciente serão apresentados com vistas a abrir caminho para a pesquisa das narrativas autobiográficas das mulheres entrevistadas no conjunto peculiar da morte neonatal. Para tanto, procuraremos mensurar a extensão da perda na constituição do eu que remete às identificações com o objeto perdido e as vias simbólicas possíveis para a elaboração do luto, com perspectivas de ultrapassar a dimensão individual e demarcar o sujeito em sofrimento em sua demanda por reconhecimento.

Nesse sentido, estudos como o de Keating e Seabra (1994), conforme citado por Tavares (2013), demonstram que a morte do filho no momento do nascimento pode acarretar em dificuldades identitárias por estar ligada à perda de um objeto de amor em pleno investimento libidinal e narcísico. Por isso, pretendemos retornar ao narcisismo infantil da mãe no momento da gravidez e do nascimento do bebê para compreender a dinâmica da experiência que pode ser traumática. Neste aspecto, denota-se que perder um filho por aborto natural ou provocado pode acarretar um sentimento devastador para os pais, em especial para a mãe, que constrói uma relação afetiva com a criança desde o momento em que toma conhecimento da gravidez, podendo despertar emoções diferentes quando o contexto da gestação ocorre sob perspectivas diversas da planejada e/ou desejada.

Investigaremos a hipótese da perda do lugar, da função e do *status* de mãe antes mesmo da criança ter sido apresentada ao grupo social e a mulher ter vivenciado a experiência dos cuidados com o bebê a obstaculizar a elaboração do luto, de sua legitimidade e do próprio reconhecimento da mulher enquanto mãe na ausência do bebê.

Em um artigo intitulado “Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês”, Iaconelli (2007) assinala e analisa como a modernidade lida com questões relativas à morte e destaca como o óbito no período perinatal diferencia-se dos demais, pois a falta de reconhecimento da sociedade impossibilita o *status* de morte ao filho, impedindo à mãe a sua resignificação. “Há algo da perda deste objeto que não se oferece à percepção, ou melhor, parafraseando Freud (1917[1915]), não vislumbramos o que foi perdido no objeto e com o objeto”, segundo apresentado por Iaconelli (2007, p. 615). Desta forma, para a autora, existe uma falha na validação do sofrimento dos pais enlutados com relação ao bebê perdido e ao lugar que ele ocupa, dificultando a elaboração do luto. Ela destaca que a morte do filho pode modificar os referenciais temporais dos pais, invertendo as expectativas de vida e morte.

O tempo que a experiência traumática exige para ser elaborada passa a ser subtraído numa tentativa desesperada de negar a especificidade do objeto. Coloca-se outro bebê no lugar do que foi perdido, ou seja, do mesmo. Operação de risco, uma vez que a face mortífera do bebê maravilhoso já foi vislumbrada, sem que o bebê de "carne e osso" pudesse ter dado suporte para a perda narcísica. Não há como compartilhar deste luto no senso comum da modernidade, ficando a mãe duplamente desamparada: pelo bebê e pelos adultos (Iaconelli, 2007, p. 16).

A perda do bebê no período neonatal parece confundir os pais quanto à realidade e à temporalidade, pois na ausência do objeto eles podem se sentir diante de um lapso temporal, reagindo inconscientemente com a negação da existência do bebê, da própria dor e da experiência. Nesse sentido, a elaboração do bebê imaginário e do bebê real torna-se uma tarefa complexa e difícil, principalmente pela falta de legitimação da perda na modernidade (Iaconelli, 2007).

Com a expectativa de explorar melhor essa reação dos pais e a deslegitimação social de seus lutos, sobretudo o da mãe, assim como analisar como a perda impõe ao psiquismo um processo de elaboração frente aos discursos do ideal do eu, esta pesquisa tem como objetivo geral compreender os processos subjetivos envolvidos na reparação de traços identitários maternos após a perda neonatal no contexto da modernidade. Como objetivos específicos busca identificar parte dos processos psíquicos envolvidos na elaboração da experiência no campo parental; compreender os atravessamentos sociais e as vias simbólicas possíveis articulados à

transição da maternidade na morte neonatal e entender como as mulheres vivenciam o processo identitário materno diante da perda.

A necessidade de se ampliar as pesquisas confirma-se com os estudos feitos por Duarte e Turato (2009), em que um levantamento bibliográfico junto às bases do Medline, PsycInfo e SciELO demonstraram como a perda fetal pode desorganizar emocionalmente a mulher, trazendo à tona conflitos relacionados à identidade feminina e ao papel que ela comumente exerce na sociedade. Os periódicos pesquisados pelos respectivos autores apontam como a mulher começa a lidar com os sentimentos de impotência e incapacidade após a perda do bebê, impactando a sua feminilidade. Nesse sentido, foi constatado por Bartilotti (1998), de acordo com Duarte e Turato (2009), que ela pode experimentar o sentimento de fracasso com o rompimento da possibilidade do exercício da maternidade.

Nesse mesmo artigo encontramos um estudo feito na Indonésia por Andajani-Suthahjo e Manderson (2004), citados por Duarte e Turato (2009), que apresenta entrevistas aprofundadas realizadas com dez mulheres, entre oito e dez semanas após o parto. A pesquisa teve como objetivo focalizar as experiências de puérperas cujos bebês morreram nas primeiras semanas de vida ou nas quais houve diagnóstico de óbito fetal na gestação. Os relatos demonstram falta de informação sobre os acontecimentos, confusão em relação à causa da morte do bebê, sentimento de culpa e dificuldade de expressar publicamente seus sentimentos devido à interdição cultural de assuntos relacionados à morte influenciando diretamente a elaboração do luto.

Outro aspecto a ser considerado é que, como a morte do bebê acontece em um estágio prematuro, a ausência de lembranças deixadas pela criança demonstrou ser outro fator importante na sensação de que ela não existiu, sendo essa sensação potencializada principalmente nos casos em que a mulher não conheceu o filho e não vivenciou os rituais fúnebres endereçados à despedida conforme Videla e Grieco (1993), apresentados por Duarte e Turato (2009).

Uma pesquisa qualitativa realizada no Brasil por Santos, Rosenburg e Buralli (2004), segundo mostrado por Duarte e Turato (2009), relata a experiência de sete mulheres que vivenciaram a perda fetal utilizando como metodologia as técnicas de história oral e de análise de conteúdo para a compreensão dos resultados. Apontou-se neste estudo, publicado como artigo, parte de uma pesquisa etnográfica realizada através da internet no Brasil na qual foram analisados de 80 a 87 e-mails de mulheres que experienciaram algum tipo de abortamento, perda fetal ou neonatal. O estudo concluiu que essa troca *on-line* criou uma comunidade específica com uma cultura muito singular em que, virtualmente, as puérperas expressavam

seus sentimentos em relação à perda de suas crianças ao mesmo tempo em que percebiam que não eram as únicas a vivenciar esse doloroso momento. Nos encontros organizados por essas comunidades, essas mulheres testemunharam vivências de outras mulheres de diferentes locais e culturas que passaram por experiências parecidas e trocaram impressões, o que vai ao encontro de nosso estudo, pois foi possível perceber, por meio de entrevistas autobiográficas, o percurso e o encontro dos grupos virtuais atuando como rede de apoio, lugar de identificação e de reconhecimento para mães e familiares. Esse artigo foi concluído com a fala dos autores sobre a necessidade de humanização do atendimento nos serviços de saúde, incluindo formalizações no regulamento institucional e reforçou também a importância de uma rede de apoio consistente e atuante junto aos pais enlutados.

Procurando sistematizar o papel dessa dinâmica comunidade de suporte e suas múltiplas realidades no debate em torno da perda neonatal, bem como a importância das narrativas autobiográficas e como a partir delas se inaugura um lugar de discussão, nossa metodologia de pesquisa procura abarcar os modos de ressignificação encontrados por essas mães enlutadas nas condições da vida real, abarcando representações, suas opiniões e perspectivas acerca do lugar materno e possível elaboração identitária após o impacto da perda através de suas próprias narrativas.

O surgimento do método das narrativas autobiográficas, de acordo com Sousa (2006/2016), representa um marco significativo no cenário das pesquisas que reanimam dimensões ligadas à subjetividade por aproximar histórias pessoais de processos formadores sociais. Desta forma, optamos por adotá-lo, de modo que as entrevistas narrativas foram realizadas com mães primíparas que perderam seus filhos(as) entre 0 e 27 dias de vida, o que é caracterizado como morte neonatal precoce, e/ ou tardia pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009). Outros critérios foram definidos e incluídos aos parâmetros da pesquisa, dentre eles, foram selecionadas mulheres com idade entre 25 e 35 anos, cuja gravidez tenha sido planejada ou desejada. Os requisitos iniciais foram: a seleção de casos sem diagnóstico que apontasse a intercorrência e o luto antecipatório; as gestantes deveriam estar cronologicamente no primeiro ano da morte do filho(a) e não serem pacientes atendidas pela pesquisadora.

Quanto à estruturação do aporte teórico e desenvolvimento da dissertação resultante da pesquisa, no primeiro capítulo será abordado o campo da parentalidade a partir da instrumentalização da maternidade e paternidade no contexto do capitalismo, com suas consequências referentes à supervalorização da relação mãe-bebê no século XVIII. Nesse seguimento, introduziremos as modificações em torno das relações familiares a começar pelos debates sobre gênero e transformações quanto à introdução da reprodução assistida nesse

cenário, bem como os debates com a própria teoria psicanalítica. Nesse ínterim, será promovida uma reflexão sobre como a Psicanálise por um tempo chancelou a família burguesa baseada no modelo estrutural do Édipo, reproduzindo conceitos normatizadores em torno do masculino e do feminino e como ela conseguiu depois se tornar uma crítica da cultura, considerando modificações de autores como Kehl (2008) e Iaconelli (2012a), com estudos mais contemporâneos que consideram o sujeito constituído socialmente a partir de textos de Freud que fazem uma análise da cultura. Percebemos assim uma evolução teórica, transgressora e precursora do seu tempo (século XIX), por desenvolver um método de investigação do psiquismo e de seu funcionamento.

Ainda nesse capítulo, discutir-se-á como o conhecimento tecnicista ocupou na modernidade o lugar dos saberes populares que eram passados através da transmissão das narrativas orais e como estes atravessam a percepção do corpo e de seus processos no parto, no aborto e na morte. De tal forma, segundo Iaconelli (2007), a depender de como a ciência médica conceitualiza o feto, podemos considerá-lo um bebê ou um dejetivo, a saber, o que no caso das perdas perinatais contrasta com os sentimentos que muitas mulheres carregam na certeza de terem perdido um filho.

As experiências sociais, conforme sugerem os estudos sobre parentalidade, serão abordadas com o objetivo de demonstrar como os papéis de pai e mãe são construídos historicamente em uma cultura patriarcal e heteronormativa e refletir a dimensão pública e privada no âmbito da política e da família. Objetivamos além disso problematizar como o lugar parental, sua constituição e seu exercício, exige um trabalho psíquico interno e singular a cada sujeito.

Discutiremos ainda no início do texto a emergência do campo da Perinatalidade na Psicologia atual e sua atuação enviesada anterior, que silenciou a experiência da mulher em favor da responsabilização e naturalização de seu papel, na família e na sociedade, de proteger e cuidar da criança. Ademais, esclareceremos como a Psicologia colaborou com os mecanismos que a cultura utilizou para conservar a tradição e os lugares sociais até se tornar mais crítica, convergindo em novos conceitos, metodologias e práticas que descortinaram o imaginário social e passaram a denunciar as relações de poder dentro das relações de gênero, sobretudo quando essas envolvem médico e paciente, com dispositivos de controle do corpo e do parto, denunciando a violência obstétrica e agora o desvalimento do luto perinatal e infantil.

Nesse espaço em que as mulheres protagonizam a emergência dos temas, a gravidez, o parto e puerpério passam a ser analisados sob perspectivas psicológicas específicas. Para melhor desenvolver essas questões, apresentaremos o conceito de puerpério dentro da

Psicanálise, que é o contexto no qual acontece a perda e a morte das crianças envolvidas na pesquisa e o conseqüente luto vivenciado pelas mães selecionadas. As diferenças quanto à visão da medicina e da ciência psicológica serão tratadas junto aos aspectos que interferem na legitimação da vivência do pós-parto como um processo que demanda tempo para que a mulher reconstrua uma relação consigo, com os demais e se reposicione quanto à ocupação de um novo lugar social, sobretudo nessas circunstâncias específicas de perda.

Diante do cenário de mortalidade neonatal, o pós-parto torna-se tempo de luto, de lidar com a perda do bebê. Sob esse aspecto, amplia-se a partir de dados históricos a discussão sobre como a percepção acerca do luto e da morte modificou-se com a passagem dos séculos e interferiu nas tradições e nos processos subjetivos, para logo a seguir, focar com maior acuidade a teoria de Freud (1917[1915]/1969e) sobre o luto e a melancolia acerca da tarefa psíquica de elaboração da perda do objeto.

O segundo capítulo da dissertação aprofundará os conceitos teóricos dentro da Psicanálise essenciais à compreensão dos métodos adotados, com o intuito de problematizar as principais categorias: constituição do eu, processos psíquicos e atravessamentos sociais envolvidos na construção da identidade materna e na perda parental. Dentre os pilares fundamentais aos nossos estudos serão desenvolvidos o tema da gestação e o processo de investimento libidinal materno na identificação da mãe com o objeto-bebê a partir da constituição do eu e do objeto na teoria freudiana.

Abordaremos a seguir o que Freud (1914/1969m) designou como o narcisismo ressuscitado dos pais no comovente amor parental com o qual o sobreinvestimento libidinal da mãe parece estar envolvido na gestação e como este pode se modificar com o parto e o nascimento na replicação do objeto perdido anteriormente, principalmente no caso de morte neonatal, em que o sujeito se depara com a perda real.

Nesse sentido, visitaremos a teoria da formação do eu nos dois tempos – do narcisismo primário e do narcisismo secundário – no desenvolvimento psíquico, buscando compreender o destino das pulsões quando ocorre a intervenção da repressão e da castração, chegando ao complexo de Édipo para debater os efeitos da perda do objeto. No Édipo, discutiremos os atravessamentos da cultura na constituição da feminilidade e da masculinidade e os lugares em que é permitido à mulher se identificar, tendo por base os estudos iniciais produzidos pela Psicanálise e suas conseqüências como o falo-bebê, assim como as discussões posteriores, no desenvolvimento do falo simbólico.

Partindo da teoria edípica e do complexo processo de identificação, o tema da identidade será tratado com a descrição do percurso da composição de um ideal no afastamento

do narcisismo primário e do deslocamento da libido na aproximação de um ideal que, pela via simbólica e pela via da cultura, possa autorizar o próprio desejo e abrandar a frustração da uma ferida narcísica.

Por fim, no terceiro capítulo, será feita a análise das entrevistas narrativas de três mulheres que passaram pela perda neonatal, respeitando os aspectos específicos de cada história. Será realizada desse modo uma análise compreensiva acerca dos conteúdos e da trajetória, conforme as orientações de Bertaux (2010). Nos reportaremos à reconstituição da estrutura diacrônica na recomposição do encadeamento de situações e ações, o que nos permitiu abranger melhor os conteúdos psíquicos articulado às lógicas sociais.

Nas considerações finais, apresentaremos algumas conclusões e observações que se repetem nas narrativas de vida investigadas e apontamentos que inclusive podem ser desenvolvidos em trabalhos posteriores. Ademais discutiremos sobre algumas dificuldades que enfrentamos em nosso caminho com relação ao tema, à perspectiva teórica e ao processo elaborativo da pesquisa.

## Capítulo 1

### Parentalidade e a constituição do papel materno na modernidade

O termo parentalidade, concebido no século XX, surge segundo Roudinesco (2003) no momento histórico em que a configuração fictícia emitológica, alimentada no discurso das humanidades clássicas sobre as relações entre os homens e os deuses veio gradativamente a naufragar em um universo utilitarista e autoritário, com vistas a tornar a família peça fundamental de controle do Estado. Nesse momento em que o termo surge, entre 1965 e 1975, a contestação antifamiliarista parece propor a descontinuidade da família tradicional ocidental a partir da desconstrução da ordem imposta para subverter o que outrora foi imperativo e substancialmente fonte reguladora da vida social e privada (Roudinesco, 2003).

Nesse sentido, a palavra parentalidade culmina com a possibilidade de pensar os discursos formadores da organização familiar funcionalista em sua interioridade de forma crítica. Desse modo, diante das novas configurações familiares, começa-se a pensar o homem e a mulher e as funções parentais não mais atrelados puramente ao sexo e ao gênero, como anteriormente edificado. Deste modo, procura-se entender a narrativa cultural como formadora de comportamentos e papéis normativos desiguais em termos de poder e importância. Assim, a terminologia passa a ser utilizada na literatura psicanalítica francesa, por volta dos anos 60 para abalizar o terreno de construção e de exercício da relação dos pais com os filhos, incluindo processos psíquicos e mudanças subjetivas singulares produzidas a partir do desejo de conceber e gestar (Zornig, 2010).

Historicamente, este processo que constitui o campo da parentalidade se entrelaça com o da maternidade e paternidade na medida em que essas são associadas segundo Folino (2014), ao singular trabalho psíquico de “forjar” lugar ao filho (p. 222). *A posteriori*, esse lugar se redimensiona na movimentação das funções parentais estabelecidas por vias processuais de subjetivação das identidades materna e paterna. Com essa perspectiva, o presente trabalho versará a reconstituição da história da mulher, da família e do maternar para compreensão da modificação do laço social em torno da prole ao longo dos séculos, a fim de levantar questões que permaneceram naturalizadas e impressas na normatização da subjetividade feminina. Esse levantamento faz-se necessário para compreensão dos atravessamentos atuais no campo da parentalidade e perinatalidade, que endereçam o status de mãe e o reconhecimento social vinculado à vida ou morte do filho e que se tornará o campo de estudo a ser aprofundado nas trajetórias de óbito neonatal.

Nesse seguimento, o advento da modernidade e o desenvolvimento da psicologia propiciaram a reflexão sobre o impacto da perda perinatal na mulher a partir da perspectiva de que a gestação pode ser uma experiência inapagável por estar associada ao trabalho que antecede o nascimento e o parto, de incluir e revestir o bebê no psiquismo parental. Esse processo engendrará alterações psíquicas irreversíveis que ocasionarão uma importante modificação simbólica, por parte da mãe, de acesso à parentalidade e à identidade materna, pois essa continuará sendo permanentemente arquitetada na relação de troca da díade, juntamente com os discursos sociais formadores, à volta do progenitor ou cuidador da criança como mostrou Stern (1997), segundo Zornig (2010).

Socialmente, encontraremos elementos diferentes na relação mãe, bebê e sociedade quanto à mortalidade infantil, infanticídio e às representações do cenário da morte no nascimento e no período neonatal, tal qual a infância, mediante exame dos dados históricos feitos por Badinter(1985), além de vasto conteúdo referente ao conceito de amor de mãe e suas flutuações de ordem socioeconômicas, nos séculos XVII e XVIII que possibilitaram à autora afirmar que a “função dos valores dominantes de cada sociedade determinam papéis respectivos ao pai, à mãe e ao filho”(p.26), incluindo aqui a relação com filho morto como parte do contexto a ser desmembrado para ser melhor compreendido. A autora conclui, a partir de seus estudos, que o amor materno é uma evolução social, posto que existe uma extrema variabilidade desse sentimento segundo a cultura e de acordo com a época e a modificação de necessidades, opondo-se a uma conduta universal e instintiva disseminada como verdade absoluta que colaborou durante muito tempo para tornar a maternidade um tabu por não possibilitar tratar de temas que estivessem na contramão do que deve ideologicamente representar a mulher e a mãe (Badinter, 1985).

Nesse sentido, ao questionar o amor materno como sentimento instintivo, a pesquisadora procura conhecer a relação da mulher com o filho, inclusive com a sua perda, quando problematiza e inverte a equação sobre a qual justifica-se a morte da criança devido à sua frágil capacidade de sobrevivência, para levantar a hipótese de que a falta de apego das mulheres a seus filhos poderia estar correlacionada à alta taxa de mortalidade na França, na década de 1970, país que praticou por quase dois séculos a separação entre os filhos e suas mães desde o nascimento, sendo estes deixados sob a responsabilidade de nutrizas que mantinha-os em sua guarda por longos quatro anos, até que ocorresse o reencontro com as progenitoras. Desse modo, Badinter(1985) observa a evolução das atitudes maternas e verifica que o interesse e a dedicação à criança não existiram em todas as épocas e em todos os meios sociais, refutando a inerência do amor materno.

Assim, estudos apontam funções parentais sendo construídas desde a antiguidade, de modo que seu exercício e nomeação são passados por um reconhecimento social repercutido na atualidade. Nesse sentido, segundo Iaconelli (2019), a função parental é também social a partir do momento em que está sob o olhar e controle da sociedade e a judicialização do Estado, que ao longo do tempo transformou o lugar da mulher, do homem e da criança e atravessou as subjetividades com um discurso que os antecede. A reprodução de modelos e relações de poder acabou sendo favorecida por recursos do discurso médico, da psicologia e da própria psicanálise, que fundamentou teorias, conceptualizou e organizou práticas da vida familiar e social, segundo o aparelho ideológico dominante (Iaconelli, 2012a).

Desta forma, conhecer a história da família pode contribuir segundo Poster (1979) para o desvelamento de tópicos da vida contemporânea, como a libertação das mulheres, as questões de gênero entrelaçadas à maternidade, junto à configuração de papéis ideologicamente articulados na manutenção da estabilidade do sistema social. Para Poster (1979), a história da “família é descontínua, envolvendo numerosas estruturas familiares distintas que não podem ser correlacionadas em seu desenvolvimento com qualquer variável singular, como a modernização, a industrialização, o patriarcado, ou o capitalismo” (p.17).

Poster (1979), ao examinar elementos históricos das famílias da aristocracia e dos camponeses, constatou uma modificação em que predominava a integração da estrutura social em relação às condições da extensão do parentesco para uma família nuclear e burguesa. Para Benjamin (1986), nessa nova disposição de distância da vida comunitária ocorreu o apagamento do rastro da experiência anterior, a desvalorização do passado e o enfraquecimento da historicidade, o que modificou a relação do homem com ele mesmo, com o tempo e espaço, assim como naturalizou a família e a tornou de certa forma imutável.

Assim como Poster (1979), outros autores pesquisaram o mesmo tema, como Donzelot (1980), com vistas a compreender a heterogeneidade de cenas domésticas e de estruturação social sem o propósito de fundi-las em uma entidade comum, o que corroboraria para o apagamento da constituição da singularidade e da subjetividade. Sob essa perspectiva, Donzelot (1980) investiga a familiar passageira da Idade Média para a Idade Moderna com o objetivo de conhecer mudanças importantes que os diferentes personagens sofreram quanto à vida privada e à vida pública, principalmente após o século XX, quando a transformação em relação a costumes e organização alterou definições e perspectivas de análise.

Desse modo, o autor em seus estudos localiza o surgimento do sentimento moderno de família, primeiramente nas camadas burguesas, convergindo posteriormente para um ponto comum a todas as camadas sociais, inclusive a classe trabalhadora fim do séc. XIX (Donzelot,

1980). A burguesia caracteriza-se por uma classe social comerciante que teve ascendência a partir do século XVI, com o enfraquecimento do feudalismo—portador de uma organização econômica baseada na posse de terras, trocas de produtos e atividades com objetivo de subsistência. Nesse sistema, o Estado era dividido em feudos e a principal autoridade era o senhor feudal, seguido por autoridades locais divididas em três classes fixas: nobreza, clero e servos.

Com a expansão das relações comerciais entre oriente e ocidente através de movimentos militares e guerras, se expandiram as feiras e a produção de artesanatos e têxtil que propiciaram o surgimento de pequenas cidades em derredor do comércio local, denominadas burgos. Assim, as trocas de mercadoria foram substituídas por vendas de artigos ao longo dos séculos, passando de um aparelho de subsistência para o modo de produção capitalista, que propiciou a ascensão dos pequenos comerciantes e uma nova estruturação da sociedade permitindo a mobilidade social. Na aliança de interesses entre burguesia e Estado, este contou com o apoio da nova classe para garantir a centralização do poder de um rei absolutista que, em contrapartida, proporcionou um ambiente favorável para o desenvolvimento do comércio e a defesa da propriedade privada recentemente adquirida.

Dessa forma, foram os membros da classe burguesa que começaram a aderir e a lançar ideais de um modelo de organização familiar junto a prerrogativas de ordem política-social, unidos ao Estado, que intervinha na tentativa da construção de uma nova configuração, fazendo com que a família se tornasse ao mesmo tempo sujeito e objeto de governo, inscrevendo-a no campo político (Donzelot, 1980). Nesse momento, autorizou-se o pai a tornar-se chefe da família com a tarefa de garantir a obediência de seus membros e indiretamente estabelecer a organização pública. Desse modo, segundo Donzelot (1980), o Estado se apoiou diretamente na família burguesa, que em troca, negociou suas ambições privadas para controlar a organização econômica e social.

Nesse sentido, baseado nas relações do século XVIII, Foucault (1979), conforme citado por Donzelot (1980), criaria o conceito de bio-política, no qual buscou compreender como a aplicação e impacto do poder político repercute e regula as esferas da vida humana sob perspectivas psicológicas. Em sua análise, concluiu que a “família é uma instância cuja heterogeneidade face às exigências sociais pode ser reduzida ou funcionalizada através de um processo de flutuação das normas sociais e dos valores familiares” (p. 15), o que, por consequência, implicaria no arrefecimento da diferença e a padronização das relações como objetivo de governamentalidade da própria vida junto a ações do governo.

A esse respeito, Gallo (2017) também afirma que a biopolítica se constitui de modo inclusivo, por meio de políticas públicas que favorecem a objetificação e dessubjetivação do existir e do desejar na prática de governar pessoas. No contexto que pretendemos pesquisar, torna-se essencial considerar como no caso da história das mulheres a convocação à maternidade e suas exigências, com viés econômico e político a assegurar o poder patriarcal, trouxe mudanças e implicações no seu ciclo reprodutivo, a exemplo da modificação do caminho à gravidez e da passagem ao parto, incluindo o pós-parto e a amamentação, assim como o conjunto de alterações na relação com seu próprio corpo, singularidade, filho, família e sociedade.

Dessa forma, a história da mulher passa por modificações importantes consoante à perspectiva patriarcal e à imposição de papéis sociais e sexuais em determinadas épocas. Anterior à ascensão da burguesia na idade moderna, temos a Idade Média marcada pelo “poderio do pai e do marido”, baseada nos princípios de Aristóteles, teologia cristã e soberania do rei (Badinter, 1985, p. 45), oportunizando ao homem ocupar lugar central na família e equiparando a condição da mulher à da criança – de total submissão à sua autoridade, sem a possibilidade de solubilidade da união, via casamento ou filiação por tratar-se primeiramente de propriedade do pai, e depois do marido, norma essa abalizada pela igreja (Roudinesco, 2003). Nesse sentido, o casamento era arranjado segundo as necessidades econômicas e as alianças políticas das famílias, enquanto o amor conjugal era considerado desnecessário ao enlace, pois as uniões eram concebidas com o interesse de manter patrimônios ou por conveniência social, priorizando os bens materiais e o status social (Badinter, 1985). Os filhos eram resultados de acordos com vistas a assegurar a descendência, cujo destino dependia do gênero e posição do nascimento. A preferência era pelos primogênitos, pois a estes caberia o cuidado dos pais na velhice.

Assim, segundo Shorter (1977), mostrado por Badinter (1985), a manutenção do próprio negócio e a valorização do homem estava acima do bem estar dos demais membros da família, como no caso, dos filhos e da mulher, de tal modo, que a morte e o infanticídio apropriam-se de contornos característicos da época, como descreve F. Lebrun (1976), conforme explicitou Badinter (1985), “no plano humano, a morte da criança é sentida como um acidente quase banal que um nascimento posterior virá reparar” (pp. 1022-1023). Nos diários familiares em que o chefe de família registrava todos os acontecimentos ligados a ela, o relato da morte dos filhos não era mencionado. Nesse mesmo seguimento, as cenas da morte do cônjuge e do velório eram assistidas com frieza, refletindo a “imagem negativa do amor”, modificada a partir do século XIX, quando começa a existir mudanças quanto às ligações humanas por influência do

romantismo, movimento que analisa e expressa a realidade por meio dos sentimentos, legitima o choro, as lágrimas e o amor pelo falecido (Badinter, 1985).

Segundo Ariès (2012), a partir do século XVIII, com os traços do romantismo e a transformação da família fundada nos sentimentos de afeição, o homem das sociedades ocidentais tende a dar à morte um sentido novo: a “morte romântica, retórica, é antes de tudo a morte do outro – o outro cuja saudade e lembrança inspiram, nos séculos XIX e XX” (p. 66), o novo culto dos túmulos e dos cemitérios.

Contudo, anterior a esse intervalo de tempo é preciso considerar a influência de longos séculos da teologia cristã na pessoa de Santo Agostinho, que apesar de ter vivido nos últimos anos da Idade Antiga, tornou-se um influente pensador ocidental do início da Idade Média e colaborou com a imagem dramática da criança como símbolo da força do mal “um ser imperfeito esmagado pelo peso do pecado original” (Badinter, 1985, pp.590-591). Isto posto, a criança era julgada com a mesma severidade que o adulto, pois estava acrescida de um estado iminente negativo e corrompido que deveria ser implacavelmente evitado. Assim, das mães eram cobrados comportamentos menos sentimentais, pois “em nome dos postulados agostinianos, a boa amizade pelo filho não podia ser tolerada, posto que a criança deveria ser rigorosamente tratada com a finalidade de salvar sua alma do pecado” (p.655).

Na transição da Idade Média para idade Moderna, do feudalismo para o capitalismo, deflagrou-se o movimento renascentista com mudanças importantes na cultura e ciência que passaram a revalorizar a racionalidade, o que diminuiu a influência do dogmatismo religioso e do misticismo sobre a cultura e a sociedade, possibilitando ao homem um novo lugar: o decriador. A transição da sociedade tradicional para a sociedade moderna manteve sua estrutura principalmente na família burguesa após ter derrubado o regime monárquico, o que segundo Roudinesco(2003)provocou uma nova organização da soberania patriarcal, na sociedade do século XIX, onde o pai, antes considerado um Deus perde a posição de poder e mais a frente reconquista o espaço do “patriarca do empreendimento industrial”(p.21), o que para Hegel (1821), mostrado por Roudinesco (2003) confirma a incessante revalorização da autoridade paterna ao longo do século XX.

Nesse mesmo sentido, para Reis (1989), a recuperação do lugar do patriarcado acontece de forma permanente, com o incessante deslocamento do que antes era função da família, de repressão e comando, para os agentes sociais que estão presentes hoje desde a pré-escola até os meios de comunicação em massa com a função do controle e manutenção do poder do estado.

Com o Renascimento e a promoção da burguesia, ocorreram mudanças importantes quanto à separação da vida pública e privada. A partir de pesquisas de Poster (1979) dos séculos

XVI e XVII, foi possível constatar-se que a família aristocrata e camponesa não valorizava a privacidade e a domesticidade. Assim, a aristocracia que tinha sua riqueza assentada nos favores do monarca, no controle e na conservação da terra, reunia em seu castelo parentes, dependentes, criados e clientes em uma arquitetura que não favorecia privacidade, pois a vida se organizava em torno do feudo e das várias relações hierarquizadas para sua manutenção e fruição. Nesta rede de relações a criação dos filhos não era atribuição das mães, os bebês eram amamentados por amas-de-leite e entregues aos cuidados de criados, configurando o cuidado materno ou as relações íntimas entre pais e filhos, diferentemente das do século XIX, da família proletária e burguesa, em que havia a valorização da intimidade e da vida privada. Como a vida coletiva era mais dilatada e apreciada, a “identificação das crianças não privilegiava as figuras parentais como seu objeto, mas valorizava a linhagem da família” (Reis, 1989, p.106).

Próximo a este modelo, a família camponesa conjugava a vida cotidiana integrada à comunidade sob laços de dependência. Assim, partilhava a criação dos filhos com o grupo, ampliando os objetos de identificação das crianças por toda aldeia, onde os costumes e a tradição eram passados através das gerações. O trabalho abrangia a coletividade e a mulher o desempenhava no campo junto aos demais, com pouco tempo para os filhos, que logo que possível também eram inseridos nessa rotina. Nessa configuração, priorizava-se a vida coletiva em detrimento da privacidade (Reis, 1989).

Com o Renascimento, o homem se colocou no centro de todas as coisas, tornando-se o foco principal. Nesse momento, a comunidade passou a ser secundária e passou a existir uma separação entre o público e o privado, o que favoreceu a emergência da individualidade, colocando o homem no centro do conhecimento, com a possibilidade de decidir sobre sua própria vida a partir de sua subjetividade. A cisão entre vida pública e privada ocorreu com a reorganização do trabalho e a industrialização. As atividades laborais que antes eram realizadas na própria casa, passaram a acontecer em um lugar destinado apenas a essa finalidade, ocorrendo uma separação entre a moradia e o trabalho.

Assim, no século XIX, com o início do período industrial, ainda se encontrava alguns traços de formas comunitárias nas relações trabalhistas com o começo das fábricas, contexto marcado por uma grande crise econômica e degradação social. Depois, no século XX, com a mudança da família do proletariado para os subúrbios, perderam-se os vínculos com a comunidade, o que conseqüentemente marcou o fechamento da família em si mesma, acontecendo o aburguesamento ideológico da classe operária, com adesão dos novos padrões da família burguesa (Reis, 1989).

Anos mais tarde, na idade contemporânea, os frutos de concepções de teóricos da filosofia das luzes foram propagados sob a forma de ideais de igualdade e felicidade, seguidos pelo romantismo, com a valorização do amor e a confissão de vivências singulares e íntimas, levando a evoluções individualistas e favorecendo o surgimento da psicologia em 1879 segundo mostrou Gusdorf (1976), citado por Figueiredo (2007).

De todos os modos, tanto a articulação de ideário iluminista como a longa gestação do pensamento romântico são diferentes versões do mesmo processo de constituição da subjetividade moderna através das lutas e acomodações entre as esferas públicas e privadas (Figueiredo, 2007, p.108).

Para Figueiredo (2007), nos séculos XVI e XVII houve uma reestruturação dos modos de viver dentro da lógica burguesa liberal, no sentido de assegurar a privacidade, sua expressão e representação nas relações. Para Benjamin(1994b), conforme Pereira (2006, p.63), esse momento caracteriza-se pela “privatização da vida moderna e a decaída da tradição”, o que é característico da modernidade devido à diminuição das experiências coletivas comunicáveis.

Segundo Roudinesco (2003), os ideais de igualdade e liberdade favoreceram a modificação e o declínio do patriarcado, o que contribuiu para a transformação do lugar da mulher na família e na sociedade, junto à articulação da mudança do lugar da criança. Nesse aspecto, as relações desse momento são caracterizadas por sentimentos de ternura e intimidade ligando pais e filhos. Ocorreu também uma grande revolução quanto ao casamento, passando-se a considerar os sentimentos humanos e a liberdade de escolha do cônjuge sob o novo rearranjo do lugar da mulher, que passa a ser esposa, companheira e mãe sob a promessa da felicidade da vida familiar e do amor parental (Badinter, 1985). O casamento torna-se um contrato livremente consentido entre o homem e a mulher, com direito ao divórcio no ano de 1884 e, anos mais tarde, o reconhecimento à filiação passa a ser constitucionalmente garantido. Dessa forma, “a ordem familiar econômica – burguesa repousa, portanto, em três fundamentos: a autoridade do marido, a subordinação das mulheres e a dependência dos filhos” (Roudinesco, 2003, p.21).

A modificação na relação da mulher com a criança baseou-se a princípio na literatura do século XVIII, que abordava e discutia a preservação e proteção das crianças, colocando em pauta os costumes educativos da época e a necessidade do zelo com os primeiros anos, configurando a infância como período de cuidados e de maior responsabilidade da mulher, modificando e acentuando sua função de mãe e de esposa (Badinter, 1985). Assim, a mentalidade sobre a infância começa a tomar novas formas a partir do início do século XVII,

segundo Ariès (1973), como apresentado por Badinter (1985). A família desse momento é diferente da medieval. No século XVIII, a criança passa a ser o centro do universo familiar.

A maternidade ganha valorização diante de um cenário em que a nação empobrece por destinar à morte prematura ou à invalidez os menores recolhidos nos hospícios ou aos cuidados das amas de leite desde o nascimento em condições precárias. A discussão sobre a infância faz repensar a vida daqueles que poderiam se tornar úteis ao Estado caso sobrevivessem de forma minimamente saudável para dispor-se a tarefas nacionais, como a colonização, a milícia, ou a marinha, “tarefas para as quais eles estariam perfeitamente adaptados pelo fato de não possuírem vínculos de obrigações familiares” que o impedissem de serem designados a missões militares (Donzelot, 1980, p. 17).

Dessa maneira, a infância adquiriu outro valor e a criança deveria ser cuidada e educada de acordo com a diferença de gênero. A educação intelectual da mulher era voltada para atividades domésticas e moral cristã. Somente no século XVII as mulheres puderam ser ensinadas a ler e escrever, com objetivo de inseri-las em cursos de religião ou de boas maneiras. No século XVIII, as das classes mais favorecidas puderam alcançar a autonomia intelectual, o que representava 20% apenas da população feminina. O novo ensino voltado a esse público passou a incluir no programa elementos necessários à educação moral e religiosa, com matérias como a matemática, literatura clássica, rudimentos de latim e de história (Badinter, 1985). Sendo assim, a mulher será convocada no final do século XVIII para sua função nutrícia e maternante, junto a posições ideológicas que a submeterão a um conjunto de práticas normativas de cerceamento, que irão envolver ameaças declaradas de condenação moral. O momento histórico será conduzido pela fabricação “da imagem da mãe, de seu papel e de sua importância” (Badinter, 1985, p.145), com intuito de modificar radicalmente as mentalidades, o que ocorreu antes mesmo que os comportamentos da época viessem a se alterar e se adequar. Conseqüentemente, em 1760, intensifica-se o número de publicações sobre a conservação da vida e educação do infante, e Rousseau, precursor dessa corrente de pensamento sobre a infância, bem como outros filósofos importantes da época, recomenda às mães que cuidem dos filhos pessoalmente, revolucionando e produzindo o mito da mulher-mãe acima de tudo, o qual perdurará por duzentos anos como instinto materno ou o amor incondicional e espontâneo de toda mãe pelo filho como trazido por Badinter (1985).

Deste modo, entre as décadas finais do século XVIII e o fim do século XIX, os médicos elaboraram para as famílias burguesas uma série de livros sobre a criação, a educação, a medicação das crianças, com guias de higiene e recomendações que se tornaram conselho imperativo. A medicina foi aos poucos substituindo os saberes das domésticas e nutrizas, que

até então cuidavam da mulher e da criança com os conhecidos “remédios de comadre” exercendo um sistema curativo próprio, uma vez que os médicos não se interessavam pela infância, a saúde feminina e o parto (Donzelot, 1980, p. 24).

Com a definição dos novos padrões de higiene, houve uma redução da mortalidade infantil, acompanhada por um decréscimo da taxa de natalidade, diferentemente do que havia ocorrido entre séculos XVI e XVII nas famílias aristocratas e dos camponeses, acompanhadas de altos índices de mortalidade e natalidade, consequência das condições sanitárias e a ausência de hábitos higiênicos (Reis, 1989).

A conquista desse mercado pela medicina implicava, portanto, uma destruição do império das comadres e uma longa luta contra a criadagem e suas práticas consideradas perniciosas causadoras de todo adoecimento do jovem. Mais tarde, ocorreu a aliança entre o médico e a mãe, calculada com vistas ao fechamento da família contra as influências negativas do antigo meio educativo dos serviçais, que agora deviam estar sob total vigilância da mulher. Com essa aliança, a mãe burguesa alcançou um novo poder na esfera doméstica, resvalando na autoridade paterna, o que gerou indagações sobre o direito de ambos (Donzelot, 1980).

Diferentemente, nas camadas populares a intervenção passou por outros caminhos que o dos livros ou do consórcio entre família e medicina em razão dos problemas da mulher burguesa e da mulher do povo serem totalmente desiguais. No último caso, conciliar a maternidade imposta por uma corrente de pensamento burguesa com o trabalho diário torna-se extremamente difícil. Nesse contexto, para Donzelot (1980), a filantropia surge com o objetivo de reorganizar e controlar a família popular do proletariado em função dos imperativos econômico-sociais. Instituições que atendem e cuidam de menores são fundadas e passam a atuar junto à família, inclusive com objetivo de mando, atuando também, no caso da mulher, com o propósito de moralizar e reprimir a sexualidade, evitando filhos ilegítimos e bastardos e operando no controle da fidelidade da esposa. Assim, as entidades sem fins lucrativos desempenharam um papel anterior ao matrimônio da mulher quando criaram comunidades religiosas femininas em meados do século XIX para dar oportunidade à família operária sem o recurso do dote. O casamento das filhas, deste modo, era feito via internação em convento com promessa de trabalho e salários pagos.

O que para Donzelot (1980) engendrou a força de trabalho das mulheres em condições desfavoráveis, ao mesmo tempo destinou as que não aderiam ao pacto da maternidade e casamento à prostituição e à sentença da vida imoral, por estarem fora dos padrões estabelecidos. Nesse caso, a mulher que quisesse casar, deveria se preparar para a vida familiar no aprendizado das atividades domésticas, no cuidado e educação dos filhos “restituindo ao

homem o antigo poder patriarcal, responsabilizando-o pelo lar”(p.39) enquanto ela promovia-o como figura dominante no seio familiar e na estrutura da sociedade.

A exaltação do amor materno impõe à mulher, segundo Roudinesco (2003), uma perigosa violação do feminino, haja vista que a maternidade estaria conjugada a uma sexualidade reprodutiva e o gozo ligado ao filho; fórmula mediante a qual ocorreria a gestão do sexo e da subjetividade feminina, conseqüentemente, da sociedade. Dentro dessa mesma lógica, a função materna não podia ser descolada da constituição da mulher, assim como a diferença entre papel, função e comportamento apareciam explicitamente naturalizadas pela condição física e a força da natureza feminina e masculina, desconsiderando-se a construção social de gênero.

Outorgar-se à mãe e à maternidade um lugar considerável, proporciona-se meios de controlar aquilo que no imaginário da sociedade, corre o risco de desembocar em uma perigosa irrupção do feminino, isto é, na força de uma sexualidade julgada tanto mais selvagem ou devastadora na medida em que não estaria mais colada à função materna. A mulher deve ser acima de tudo mãe, a fim de que o gozo social esteja em condições de resistir à tirania de um gozo feminino, capaz, pensa-se, de eliminar a diferença dos sexos (Roudinesco, 2003, p. 21).

Dessa forma, a sexualidade da mulher fica subjugada à sua posição social e o sexo anatômico prevalece sobre o gênero, dividindo a humanidade em duas categorias: a dos homens e a das mulheres. Nesse contexto, a Psicanálise no final do século XIX introduza o tema do Édipo uma nova perspectiva quando afirma a transmissão psíquica e carnal veiculada por pai e mãe. Nesse sentido, “o imaginário ligado a essa bipolaridade que sempre teve força de lei”, referente à dominação do princípio masculino sobre o princípio feminino, começa a ser repensado com a emergência de outras possibilidades de relações entre os sexos (Roudinesco, 2003, p. 20).

Somados à teoria psicanalítica, outras perspectivas colaboraram com as novas posições sociais frente ao tema da constituição familiar: a conquista de todos os processos da procriação, como a contracepção e depois a inseminação artificial no século XX, a substituição do poder de Deus pai pelo paterfamília no século XIX, a filosofia das luzes no século XVIII com a concepção da mulher dotada de razão e o movimento feminista com os primeiros ensaios de emancipação (Roudinesco, 2003). Na alvorada do século XX, os motes emancipatórios, confluíram em conjunto quando o “feminismo se organizou em movimento político e quando, em favor do declínio do poder patriarcal, Freud propôs uma teoria da sexualidade humana capaz de subverter as antigas mitologias naturalistas e antinaturalistas da feminilidade” (p. 59).

Em 1905, Freud (1905), conforme citado por Roudinesco (2003) começou a desenvolver a teoria da sexualidade a partir da análise da evolução psicosssexual de um sujeito que não seria portador de uma pura especificidade masculina ou feminina, testemunhando as representações inconscientes do sujeito e a existência do campo do simbólico, com maior preponderância na vida psíquica do que propriamente a ênfase dada à diferença anatômica anteriormente. Assim, o autor definiu a bissexualidade como resultado da organização monista da libido, que atingiria ambos os sexos, revolucionando pensamentos sobre este tema a partir da diferença anatômica (Roudinesco, 2003).

Freud afirma que a anatomia é tão – somente o ponto de partida de uma nova articulação da diferença sexual que condena todos os homens e mulheres a se confrontarem com uma idealização ou uma desvalorização do outro, sem nunca alcançar uma completude real. A cena sexual estende-se assim à cena do mundo, e a guerra dos povos serve de modelo a uma guerra dos sexos. A nova luta mortal das consciências e das identidades toma então como incentivo os próprios órgãos da reprodução, ao neles introduzir a linguagem do gozo (Roudinesco, 2003, p. 62).

Para além da psicanálise, dois eventos foram fundamentais para o atual delineamento social: a Revolução Industrial e o advento das Grandes Guerras Mundiais. Com a ausência dos homens em missões militares surgiu a necessidade de as mulheres assumirem uma nova função, e assim foram inseridas no mercado de trabalho e na vida da cidade e sua administração. Nesse contexto, elas passaram a participar de forma ativa dos movimentos de luta e resistência, cuidar da prole, sustentar, e chefiar o lar.

No pós-guerra, os anos 1960 e 70 foram conduzidos por uma série de discussões sobre o corpo das mulheres e serviços de saúde dentro do movimento feminista. Esses debates possibilitaram a ampliação da reflexão crítica sobre as narrativas dos corpos femininos frente à anatomia, à sexualidade e aos papéis preconcebidos que até então definiam uma lógica dentro da sociedade (Diniz, 2009). Em resposta a esse momento e à eclosão da nova identidade feminina, assistiu-se nos anos 60 a um intenso processo de revalorização familiar no ocidente, passando-se a acreditar que com o despertar da mulher, a família estaria sob ameaça de destruição.

Nessa perspectiva, os estados substituíram a autoridade duplamente enfraquecida do pai e da mãe. As instituições educativas, sociais, médicas e culturais organizaram a vida privada de cada um para fazer da família o núcleo normativo de uma individualidade cidadã e democrática (Roudinesco, 2003, p. 68).

Com a emancipação das mulheres, a dessacralização do casamento e a humanização dos laços de parentesco, acrescentadas ao aumento do número de divórcios e da procriação fora do casamento, foram intensificadas as formas de vigilância e de observação da vida privada com o objetivo de se obter controle das transgressões que poderiam ocasionar a dissolução do aparelhamento da sociedade.

Nesse caso, com a impossibilidade de regressar ao tamanho anterior, a nova família, de 1960 até os tempos atuais, foi redesenhada de dentro para fora, de fora para dentro, ao mesmo tempo em que passou a fazer parte de uma nova configuração monoparental, multiparental e pluriparental. Nesse contexto, surgiram as primeiras experiências de homoparentalidade, com a inseminação artificial e a substituição das relações sexuais por uma intervenção médica. Dentro dessa nova configuração, a instituição casamento se desvinculou da família horizontal e tradicional burguesa no século XX e o modelo familiar tornou-se acessível aos que eram até então excluídos (Roudinesco, 2003).

Nesse momento em que as mulheres não eram mais obrigadas a serem mães, os homens assumiram um papel maternizante, oportunizando novas representações psíquicas, em que foi possível repensar a constituição da parentalidade e a qualidade das funções parentais para ambos os sexos a partir dos registros simbólicos que estão no plano do significante, na dimensão da cultura e do inconsciente (Roudinesco, 2003).

Nesse sentido, para Poster (1979), a contestação da família por feministas, liberacionistas da criança e defensores da liberdade sexual possibilitaram o desenvolvimento de novas categorias que contemplaram a nova diversidade social, com perspectiva de incluir a mediação do nível psicológico, intercedido por um vasto sistema social.

Segundo Kehl (2008), o século XIX foi marcado por um conjunto de mudanças que transformaram a sociedade europeia e conseqüentemente o sujeito em menos de cem anos. “A modernidade, a urbanização, a organização da vida nos parâmetros da eficácia industrial, a separação dos espaços públicos e privado, o nascimento da família nuclear e a moralidade burguesa” (p. 31), adicionados às conquistas jurídicas e novas condições democráticas, modificaram a sociedade, os conflitos familiares e suas resoluções.

Nesse mesmo século a psicanálise nasceu e começou a estudar as neuroses, mas demorou a compreender a trama do sujeito oitocentista<sup>1</sup>, principalmente da mulher e sua

---

<sup>1</sup> Relativo ao Século XIX.

narrativa, sob o grande número de padrões estabelecidos que se estenderam por anos nos discursos organizadores do campo simbólico dos sujeitos (Kehl, 2008).

Diferentemente do século anterior, a psicanálise na contemporaneidade faz uma releitura das conceptualizações teóricas, assim como do contexto em que emergiu o sujeito neurótico – forma peculiar de sofrimento humano– com objetivo de conhecer, ao longo da história, a modificação dos lugares que a cultura confere aos sujeitos e possíveis deslocamentos que os inscrevem na trama simbólica, capaz de demarcar posições, deveres e traços identificatórios que escapam à vontade individual (Kehl, 2008).

Assim, a psicanálise passa a conceber a inscrição do sujeito no discurso da cultura como parte do acesso à dimensão simbólica que segue com a teoria lacaniana da constituição do sujeito. Nesse entendimento, desde o nascimento o indivíduo é inscrito nos significantes da cultura, em que a diferenciação sexual “menino” ou “menina” demarcam não apenas uma diferença anatômica, mas o pertencimento a um grupo identitário carregado de significação imaginária, a depender do registro cultural característico de cada sociedade (Kehl, 2008).

Historicamente, a família nuclear e o lar burguês constituem um lugar fundamental para criação de um padrão de feminilidade que sobrevive ainda nos dias atuais. Nesse amoldamento entre a mulher e o homem, surge a fabricação de uma posição feminina que sustenta a virilidade do homem burguês, com discursos que, segundo Kehl (2008), foram transmitidos através da educação formal, das expectativas parentais, do senso comum, da religião e da grande produção científica e filosófica da época. Assim como sugere para Poster (1979), à mulher “respeitabilidade à frigidez e a desertização do corpo” (p. 94), do final do século XVIII e ao longo de todo o XIX.

Com o iluminismo e em seguida a modernidade houve mudanças de paradigmas, pois a valorização da autonomia e liberdade começaram a se “contrapor à submissão feminina, domesticidade e à predestinação ao casamento e maternidade, a partir de ideais em que o sujeito deveria escrever seu próprio destino” (Kehl, 2008, p. 44). Segundo Badinter (1985), nesse momento a maternidade não era valorizada, as mulheres urbanas dessa época ambicionavam a emancipação e o poder, procurando um caminho independente mesmo que a condição feminina estivesse fatalmente sob autoridade do marido, buscando a realização como coadjuvantes do cenário social, as vezes aliando-se a figuras importantes no poder destinando filhos ao cuidado de nutrizas.

Após o século XVIII, com a mudança de panorama, a maternidade passou a ser estimada e as mulheres da classe média aderiram à nova função de mãe, procurando novamente a oportunidade de promoção e destaque dentro da sociedade. Nesse mesmo século, a condenação

moral substitui a condenação teológica e as mulheres responderam de maneira diversa a esses novos discursos médicos e moralistas, nos quais a psicanálise e sua teoria contribuiu de forma a reforçar a mulher – mãe como personagem central da família (Badinter, 1985).

Para Kehl (2008), as mulheres aceitaram o lugar a elas destinado de mantenedoras da ordem e do lar e se inscreveram sob duas formas de alienação tanto no sentido político, quanto no subjetivo, a ponto de se distanciarem das disputas de poder que definiriam seus próprios destinos. Segundo Condorcet XVIII, John Stuart Mill, XIX, citados por Kehl (2008), “sem o acesso ao poder político, as mulheres não tiveram meios de garantir direitos fundamentais que estão correlacionados a se tornar sujeitos de suas próprias histórias” (p. 66) e ao aceitarem corresponder ao que está designado no discurso do outro, renunciaram a falar de si próprias, não produzindo discursos subjetivos na primeira pessoa que pudessem contrapor ao que estava pré-estabelecido.

Nesse sentido, as mulheres acabam por desenvolver queixas que mais tarde foram denominadas como histeria por Freud (1895), como mostrou Kehl (2008), o que para a autora e outros psicanalistas contemporâneos traduz-se no presente como expressão de sofrimento psíquico, de onde teria se originado o conflito moderno entre as mulheres e a feminilidade no século XIX.

A histeria é a salvação das mulheres justamente porque é a expressão possível da experiência de um período em que os ideais tradicionais de feminilidade, produzidos a partir das necessidades da nova ordem familiar burguesa entraram em profundo desacordo com as recentes aspirações de algumas dessas mulheres enquanto sujeitos (Kehl, 2008, p.182).

Para Kehl (2008), Freud parece ter recusado as evidências de que as mulheres não aceitavam a feminilidade imposta como modelo de subjetivação e sexualidade. “Em seus textos do final da vida, oscila entre a decepção – a psicanálise seria incapaz de curar as mulheres, desajustadas dos ideais de feminilidade? – e a perplexidade – afinal, quem pode saber o que quer uma mulher?” (p. 183). Ao longo do desenvolvimento da teoria freudiana, há muitas críticas com relação à saída do Édipo, assim como do destino da pulsão associado à via única de investimento, à identificação e realização de desejo, na qual tornar-se mãe estava sempre presente como tentativa de lidar com a castração. Escreve Freud (1931), citado por Kehl (2008), “a menina volta seu amor para o pai, portador do órgão fálico, na esperança de algum dia vir a receber dele um pênis, um falo, ou outro substituto à altura, na forma de um bebê” (p. 196).

Nesse sentido, durante muito tempo o falo e o sexo biológico foram o imperativo da teoria da sexualidade, corporificada na existência da diferença física. A equivalência ao genital

feminino como castrado, passivo e masoquista levou à crença da existência de apenas um órgão genital, o masculino, desconsiderando a existência da mulher, o que implicou muitas vezes no não reconhecimento de seu órgão sexual e de seu desejo, dificultando o estudo e a compreensão do campo em que as mulheres se constituem como sujeitos. Nessa perspectiva, a psicanálise recebe críticas importantes quanto a teoria da sexualidade feminina e às vias de identificação, as quais serão feitas de forma mais aprofundada no segundo capítulo.

Para Kehl (2008), o pai da psicanálise encontrou grande dificuldade em aceitar o que estava sendo exposto por suas analisandas por ainda estar fortemente atrelado aos ideais do patriarcado. Mas mesmo com tantas dificuldades, pós-freudianos como Iaconelli (2019) e Roudinesco (2003) consideram a psicanálise uma das maiores responsáveis pela promoção de enormes modificações na cultura e na vida cotidiana do século XX. Na qualidade de transgressora do seu tempo, a perspectiva psicanalítica foi considerada precursora da discussão sobre a sexualidade desde a infância, assim como responsável por pensar a constituição psíquica para além do sexo biológico, lançando o homem mais tarde no campo simbólico e da linguagem (Kehl, 2008).

### 1.1 Puerpério e morte neonatal

Partindo da análise sobre a parentalidade e suas consequências na construção da subjetividade, sexualidade e reprodutibilidade na concepção de uma condição feminina, bem como dos estudos psicológicos e psicanalíticos da constituição da mulher enquanto sujeito individual e também provedor de vida, encontramos os primeiros registros sobre a gravidez e parto na psicanálise na conferência de 11 de janeiro de 1911, quando Margarete Hilferding, uma das primeiras psicanalistas da época, participou das famosas reuniões que se realizaram em Viena, em torno de Sigmund F. e abordou “as bases do amor materno”(Pinheiro, 1991).

Conhecido como Sociedade Psicológica das Quartas-feiras, com início em 1902, o grupo passou a admitir outros membros, inclusive com diferentes formações para além da medicina, sendo até 1910 exclusivamente composto por membros masculinos. Com relação à admissão de Margarete Hilferding e outras mulheres na Sociedade Psicanalítica de Viena, pode-se notar nos registros das reuniões um movimento de oposição e resistência de alguns componentes que apresentavam pensamento consonante quanto à visão de mulher vigente na sociedade do início do século XX (Silva & Santo, 2015).

O primeiro trabalho apresentado por uma mulher consegue reunir temas intrincados para a Psicanálise, com expectativas de construir uma metapsicologia da sexualidade da grávida,

abordando o amor materno e a teoria psicanalítica; o bebê – objeto sexual da mãe; a pulsão de morte e separação do nascimento – parto (Pinheiro, 1991).

Para Pinheiro (1991), Margarete Hilferding tentou discutir a maternidade e a recusa do feminino a partir de fatos observados, sem possuir conceitos formulados na presente teoria que dessem conta de tal discussão. Naquele momento, em que Margarete Hilferding disserta se o amor materno deve ser considerado inato ou não e levanta reflexões acerca de uma nova possibilidade no âmbito psicanalítico, hipotetiza a construção imaginária do amor da mãe, o que até então permanecia supostamente intocável na própria Psicanálise.

Como resultado de sua apresentação, “Dra. Hilferding observou em sua conclusão que ela foi mal compreendida, em certo sentido. Na discussão, muitas coisas foram ressaltadas que se referiam apenas ao componente psíquico do amor materno, que ela apenas esboçou, e não ao componente fisiológico que era seu verdadeiro assunto” (Pinheiro, 1991, p. 111). De acordo com Pinheiro (1991), a questão debatida por Margarete Hilferding permanece tão difícil, na atualidade, quanto no início do século XIX. A exemplo disso a bibliografia psicanalítica ainda é abundante no que diz respeito à relação mãe – bebê e ao início de vida, no qual se organiza o psiquismo humano, mas torna-se escassa quando o ponto de partida é a mãe e a complexificação do psiquismo a partir das experiências da gravidez, do parto e pós-parto em funcionamento.

Na história da Psicanálise, outras mulheres fizeram parte desse grupo coordenado por Freud em que foram apresentadas novas teorizações a respeito da mulher e “sobre o feminino”. Dentre elas, Karen Horney, em 1926, em seu ensaio “*The Flight from Womanhood*” aponta sobre o complexo de castração nas mulheres, assim como também critica o modo como essas eram tratadas pela Psicanálise com menos importância. Segundo ela, a Psicanálise tornou-se uma Psicologia masculina, criada e desenvolvida por homens e, por isso, concebia o universo feminino a partir das concepções culturais dominantes destes. Em alguns textos, a autora investiu contra a noção de inveja do pênis e atribuiu o sentimento de inferioridade experimentado por algumas mulheres a fatores sociais. Apenas após cinco anos Freud comentou sobre as críticas de Karen Horney em conferência sobre a feminilidade, e colocou-a “lado a lado com uma série de outras autoras, o que de algum modo diluiu o impacto de seus argumentos” tratando o assunto como irrelevante (Silva & Santo, 2015, p. 147).

De modo semelhante, o lugar de pouco destaque dado às psicanalistas na história da Psicanálise e a recusa da emergência do feminino anunciado pelas mulheres, leva anos até serem escutados e protagonizados por elas mesmas. As condições da época e a impossibilidade da entrada em uma Universidade devido às restrições impostas pela família ou mesmo das

instituições contribuíram para a demora de certas discussões acerca da mulher adentrarem os meios acadêmicos e serem consideradas dignas de cientificidade.

Essa perspectiva começa a mudar apenas a partir da segunda metade da década de 1960, quando movimentos feministas e a busca por igualdade de gênero implicam “infindáveis polêmicas entre feminismo e Psicanálise, em que debates se dão nos campos epistêmicos estruturalistas, pós-estruturalistas, desconstrucionistas e, mais recentemente, nos estudos do *queer*” (Lago, 2012, p.7). Nesse seguimento, a Psicanálise passa a ser convocada a dar explicações, assim como militantes feministas adentram as academias e começam a produzir em seu interior, ao mesmo tempoem que desenvolvem um diálogo crítico, seus conceitos e instituições.

O estudo de feministas e a problematização da Psicanálise como campo de promoção de diversas visões acerca do papel social da mulher e da maternidade tem como maior representante Simone de Beauvoir e a publicação de sua obra “O segundo sexo”no ano de 1949, o que corresponde à segunda onda do feminismo, período em que o movimento está mais voltado à “politização das questões privadas”, buscando o direito à liberdade sexual, à prática de contracepção e do aborto e à autonomia máxima sobre o próprio corpo (Brasil & Costa, 2018, p. 430).

Segundo Diniz (2009), nesse novo cenário que se desenhou, em que a mulher lutava por sua autonomia junto ao movimento feminista, questões referentes à gravidez e assistência ao parto passaram a ser pensadas dentro de um panorama mais crítico, tornando esses eventos emblemáticos, marcos históricos dentro de um conjunto de tópicos que levaram à pauta do enfrentamento da saúde da mulher. Dessa maneira, as políticas públicas e o entorno do parto e seus desdobramentos na qualidade do ciclo gravídico puerperal começaram a ser estudados e discutidos a partir de aspectos psicológicos, sociais e governamentais.

Desde então, iniciou-se um processo através do qual a maternidade, a gestação e o pós-parto passaram a ser analisados sob aperspectiva da mulher e de sua experiência psíquica e social. Deste modo, a Psicanálise e o estudo recente de casos e relatos (auto)biográficos que envolvem a gravidez e o puerpério constataram uma nova fase de desenvolvimento da personalidade feminina, com obras inaugurais como *Psicologia da Gravidez* publicado em 1976 (Maldonado, 2013). Nesse sentido, pesquisas como a desenvolvida pela autora demonstram que a maternidade pode marcar uma nova etapa na vida da mulher, especialmente no caso das primíparas, devido ao fato da experiência da gravidez e do parto demandar significativas mudanças quanto à organização interna e externa referentes à identidade, objeto de estudo do presente trabalho.

Nesse sentido, serão abordados estudos contemporâneos e os conceitos que a Psicanálise desenvolveu sob a perspectiva do feminino no alcance da parentalidade para a problematização das categorias e aprofundamento teórico no segundo capítulo, especialmente com relação à definição de puerpério, por ser o momento em que ocorre a morte da criança no recorte temático abordado neste estudo e que propicia a localização da dimensão psíquica.

Assim, para Soifer (1991), o puerpério pode ser interpretado como uma passagem entre um estado de perda do corpo grávido e de toda uma construção anterior da mulher com ela mesma e o filho, que se modifica a partir do parto e do nascimento, quando o bebê real se apresenta. Para a autora, o pós-parto introduz um outro momento na vida da mulher, definido como período puerperal, delimitado como sendo “a etapa entre o perdido – a gravidez, e o adquirido – o filho, assim como demarca o estado entre devaneio, fantasia inconsciente e realidade” (p. 29). Nesse sentido, a relação mãe-bebê passa de um estágio uno e invisível, muitas vezes, para um outro estágio: material, concreto e palpável, no qual muitos ajustes são feitos a partir principalmente das necessidades do recém-nascido que se dão na amamentação e nos cuidados diários da vida tão delicada de uma criancinha, e que podem causar desgaste, ansiedade, medo e desconforto.

Nesse ponto de vista, segundo Felice (2000) a volta para casa com o bebê e a experiência do parto podem representar para a mulher uma situação vitalmente significativa e transformadora, em que ela passa a desempenhar o papel materno e a assumir a responsabilidade de cuidar de um ser vivo e desconhecido. Desta forma, o “período do pós-parto, denominado puerpério, consistirá no período de transição, no qual mãe e bebê passam a viver juntos uma experiência que será, sem dúvida, vital para ambos” (p. 13).

Nessa passagem, de uma mulher a outra, de um corpo a outro, de um estado a outro, muitos fatores de ordem física, psicológica e sociocultural estão postos, inclusive nos casos de morte neonatal, quando o bebê falece no período entre as quatro primeiras semanas, isto é, entre 0 a 27 dias incompletos após o nascimento. Brasil (2009), no *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal* utiliza os termos para a perda gestacional nessa etapa da vida como neomorto ou morte neonatal e estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida como morte neonatal precoce e, como tardia, o risco de um nascido vivo morrer dos 7 aos 27 dias de vida (Brasil, 2009). Dessa forma, no caso de morte neonatal, a mulher passa pelo parto e o nascimento do filho(a), demarcando a entrada no puerpério.

Para a medicina, o puerpério caracteriza-se pelo período de pós-parto em que o organismo materno retorna às suas condições pré-gravídicas – que dura normalmente em torno

de seis a oito semanas, quando o útero volta ao seu tamanho normal, podendo ou não o corpo retornar à sua função ovulatória e reprodutiva (Costa, 2001). Assim, para a ciência médica, o tempo do puerpério define-se em relação à questão física e biológica. Depois do parto espera-se que o útero retorne à dimensão anterior, o que deve levar aproximadamente 45 dias, período popularmente conhecido como resguardo.

Dessa forma, sobre o início dessa fase acordam psicologia e medicina: o puerpério inicia-se logo após o parto. Por outro lado, quanto à delimitação de seu término, há diferenças pontuais entre as duas ciências: o útero retorna ao seu tamanho anterior, mas a mulher não retorna à condição psicológica anterior, pois a experiência da gravidez segue inapagável.

Nesse sentido, para a Psicanálise, existe um descompasso entre o tempo biológico e psicológico, visto que o tempo de *Chronos*<sup>2</sup>: contável e mensurável, e o tempo de *Kairós*<sup>3</sup>: da subjetividade, que refere-se ao “das experiências que travamos em nossas contingências cotidianas” seguem sendo elaboradas na perspectiva do corpo e da psique, junto à vida, ou morte do bebê (Araújo, 2001, pp. 94-95). Assim, o puerpério será altamente influenciado pela experiência do parto e seu contexto de humanização, assim como pela relação familiar e o contexto social em que a mulher irá se reorganizar para percorrer esse trajeto individual.

No contexto social brasileiro encontramos uma definição de puerpério formulada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006), que condiz com a teoria de Winnicott, pediatra e psicanalista estudioso da relação mãe-bebê. Aproximidade de uma visão mais psicológica deve-se à prática recente da perinatalidade, na ciência psicológica, que discute os circuitos do nascimento e os aspectos sociais da parentalidade.

A mulher nesse momento encontra-se em estado de alteração emocional essencialmente provisório, em que existe maior vulnerabilidade psíquica, tal como no bebê, e que, por certo grau de identificação, permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas (Brasil, 2006, p.38).

A partir desse ponto de vista, o puerpério pode ser compreendido como um estágio em que a mãe se encontra em profunda identificação com o bebê e parcialmente regredida. Winnicott (1999) descreve essa fase, da qual a mulher comumente se recupera nas semanas e meses que se seguem ao nascimento do bebê, como “em grande parte ela é o bebê, e o bebê é

---

<sup>2</sup>Os gregos antigos tinham duas palavras para o tempo: *chronos* e *kairós*. O tempo *Chronos* se refere ao tempo cronológico ou sequencial. Portanto, retilíneo e homogêneo.

<sup>3</sup>O tempo de *Kairós* é o “tempo da *hybris*, da desmedida, de Dionísio, da desordem, do inesperado; dos riscos e desafio das travessias humanas” (Araújo, 2001, p. 95).

ela” (p.4). O autor sugere que as recordações de que um dia alguém cuidou dela, podem atrapalhá-la ou ajudá-la na experiência como mãe, porque os eventos do ciclo gravídico puerperal abordam questões da história de vida regressa que estão interligados a conteúdos inconscientes.

No caso da morte neonatal, encontramos uma mãe que possivelmente regrediu na gravidez em busca de identificação com o bebê, e encontra-se em transição de identidade tecendo a “nova” mulher-mãe desde a gestação. Ainda nesse estágio, encontramos também outras modificações importantes para mãe e bebê, como a transição da relação idealizada para a relação concreta, que no caso da morte neonatal, remete à perda real.

Nesse sentido, quando a criança real morre, existe um duplo luto a fazer, com a perda do bebê interno, idealizado e a perda do bebê real, externo, como apresentaram Ferreira, Góis, Faria e Correia (1990), na produção de Tavares (2013). Essa relação bebê ideal e bebê real foi vivenciada durante toda a gestação, que tem um período bem definido temporalmente, podendo chegar a cerca de 40-42 semanas. Nesse tempo, a mulher também idealizou o tipo de mãe que seria e os momentos que viveria com o filho, se preparando para o encontro. Nos casos de morte logo após o parto, o tempo de chegada também é o tempo de partida, o bebê morre antes que a mãe consiga muitas vezes torná-lo parte de sua realidade ou construir um vínculo, seja porque o bebê morre ao nascer, ou porque fica na UTI neonatal, muitas vezes nem chegando a ir para casa.

Sendo assim, o pós-parto marca a concretização da mudança iniciada na gestação e por conseguinte inicia a relação com o bebê real, que vai demarcar o tempo da mãe, com suas mamadas, banho, troca de fralda, sono, demandas e necessidades que imperam principalmente nos dois primeiros anos. Nesse lugar vazio, a mãe vai lidar com a destinação do que foi organizado para a chegada do filho como lembrancinhas, enxoval, expectativas, e ainda na maternidade vai ter que tomar decisões sobre serviços funerários, e entrar em contato com trâmites legais, como atestado de óbito, sepultamento e outros procedimentos burocráticos. Possivelmente, esta ocasião será marcada por grande dor e angústia, em que “o teste da realidade revelou que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto” o que consistirá no trabalho de luto (Freud, 1917[1915]/1969e, p.251).

Com a morte do bebê, o pós-parto torna-se tempo de luto, de lidar com a perda e a falta. A morte do filho nesse momento do nascimento será um traumatismo ligado à perda de um objeto de amor em pleno investimento libidinal e narcísico, segundo Keatinge Seabra (1994), citados por Tavares (2013). Soifer (1991) destaca que a mãe pode sentir a perda como a de “ter

sido arrancada uma parte valiosa de si mesma” (p.88), sofrendo muitas vezes “dificuldades identitárias (eu esburacado, fragmentado) associado a uma fragilidade narcísica (ferida narcísica), aspectos depressivos, acompanhados de sentimento de tristeza, vazio e desespero (ideação suicida) e dificuldades de ajustamento” (Tavares, 2013, p.57).

Dessa forma, temos uma mulher que transitou entre todas as fases da gestação, tornando-se algo que não era, ensaiando-se mãe, através do processo de diferenciar-se e igualar-se com o novo grupo social, ao qual procurou se identificar com perspectivas de construir uma identidade materna. Segundo Folino (2014), a “gravidez leva a uma verdadeira revolução dos papéis desempenhados pela mulher” (p. 20).

Nesse sentido, podemos concluir que o puerpério compreenderá uma continuidade da construção e consolidação da identidade materna, a partir do exercício da maternagem que será constituído de um intenso trabalho psíquico, em que a mulher irá construir um espaço psíquico para a criança, ao mesmo tempo em que vai construindo um papel materno.

Segundo Zimerman (2008), a aquisição de um sentimento de identidade “resulta do reconhecimento e da elaboração das distintas identificações parciais que, desde os primórdios de seu desenvolvimento, foram se incorporando ao sujeito pela introjeção do código de valores dos pais e da sociedade” (p. 203), o que estará intimamente ligado à história de vida da mulher-mãe e de sua constituição enquanto sujeito a partir de processos psicológicos, conscientes e inconscientes do ego e através de identificações pelas quais “o sujeito se constitui e se transforma, assimilando ou se apropriando, parcial ou totalmente dos aspectos atribuídos ou traços das pessoas mais íntimas que o cercam” (p. 204).

Isto posto, no caso de morte neonatal, podemos compreender o descolamento da identidade traçada pela falta da mulher reconhecer-se mãe na ausência do bebê, e ser reconhecida nessa identidade pelo grupo social. A impossibilidade de transitar no papel construído causa dor, assim como o despertencimento desse lugar e o luto não reconhecido socialmente causa dificuldade para elaborar os processos identificatórios que se dão a partir da perda e morte.

Para Dunker (2015), de acordo com o que foi citado por Moretto, Kupermann e Hoffmann (2017), a clínica psicanalítica sugere que todo sofrimento traz consigo uma demanda de reconhecimento, de tal modo que se pode dizer que o não reconhecimento do seu sofrimento é proporcional à dificuldade que um sujeito encontra para nomear o seu mal-estar. Por outro lado, percebe-se a dificuldade do grupo social no processo de identificação com as mães que perderam seus filhos pelo desconforto que a morte causa na possibilidade de seu

reconhecimento admitir o encontro com a “transitoriedade<sup>4</sup>” da vida (Freud, 1916[1915]/1969n).

Assim a morte neonatal coloca em pauta a relação com vida, a possibilidade eminente de morte e perda de algo ou alguém que se ama, denunciando a efemeridade e a fragilidade da própria existência. Para Freud(1916[1915]/1969n), o ser humano evita pensar na morte e no estado transitório da vida, que o coloca em posição de sofrimento e de luto prematuro até mesmo quando essa probabilidade se torna real.

Nesse sentido, o contexto do óbito infantil pode ocorrer com diagnósticos prévios no pré-natal, de síndromes em que os familiares são avisados do prognóstico, que engloba o conhecimento prévio em relação ao tempo de vida do recém-nascido remetendo ao “luto antecipatório” (Baltazar, Gomes & Segal, 2014, p. 94).

De outra forma, os casos em que a morte ocorre durante o trabalho de parto, ou após horas ou dias do nascimento, sem qualquer sinalizador de risco, tornam a situação traumática totalmente inesperada, o que no caso das mães primíparas parece romper drasticamente com a possibilidade do exercício da maternidade, expondo o destino da reconfiguração psíquica-social da mãe feita durante toda gravidez à elaboração do luto da função parental.

Sob essa perspectiva, o falecimento do filho parece interromper a parentalidade e conseqüentemente obstaculizar o exercício da maternidade e paternidade, levando ao desarranjo familiar e ao luto parental. Estudos apontam que a elaboração do filho neomorto, muitas vezes, não é autorizada socialmente, devido ao fato do bebê não ter sido apresentado ao mundo (Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013).

Para Ariès (2012), que estudou as relações do homem com a morte, essa situação pode ser mais complexa, visto que a partir do século XIX, houve uma série de transformações quanto às ideias e os sentimentos habituais que outrora o romantismo influenciou e mais tarde foram postergados junto a qualquer consternação ou ideia acerca da finitude com o propósito de desvalimento do ser humano na sua condição de mortal.

Sendo assim, a partir da modernidade os sentimentos de perturbação e emoção excessiva devem ser evitados, pois a vida tem que ser sempre feliz, ou parecer ditosa. Nessa direção, a morte passou a ser esvaziada de toda carga dramática e sentimental, com a lógica de interromper e reprimir o que poderia ser o início de uma sucessão de acontecimentos, no sentido de

---

<sup>4</sup>Freud (1916[1915]/1969n) escreveu “Sobre a transitoriedade”, o texto diz de uma exigência de imortalidade do ser humano, que ao perceber a transitoriedade de tudo que tem vida, se revolta contra a ideia de antecipar o luto pela perda de algo, pela morte do que ama ou admira, causando sofrimento e dor.

questionar a própria vida e sua essência. Assim a manutenção dos ritos e os serviços fúnebres são acomodados dentro do axioma do capital enquanto ocorre o interdito da morte e a recusa do luto (Ariès, 2012).

Nesse processo de dessensibilização progressiva, ocorrido entre os anos 1930 e 1950, o hospital passa a ser o lugar privilegiado da morte. O homem que antes morria em casa, entre os seus familiares, agora falece no hospital sozinho, ocorrendo cada vez mais o distanciamento da cena, assim como o empobrecimento da experiência em que, na idade média, o homem professava familiaridade com os mortos e com seu próprio fim, pressentindo o momento em que familiares, amigos e crianças ficavam presentes em seu leito desde a absolvição ministrada pelos sacerdotes, até suas últimas palavras em cerimônia pública (Ariès, 2012).

Com essa mesma lógica, as manifestações de luto são exauridas de significado nas novas perspectivas da modernidade, diferentemente do fim da idade média que ritualizava o luto, com a imposição de reclusão à família e proibição das relações sociais e seus prazeres, com objetivo de impedir que o falecido fosse esquecido, assim como evitar enlaces matrimoniais demasiadamente precoces. O costume da reclusão e o uso dos panos negros, até o século XIX, demarcava a entrada e a saída deste período de enlutamento. Para Ariès (2012), a ritualização do luto preservava os sobreviventes diante do mundo, possibilitando um tempo de latência e elaboração, como que “consentindo-os de esperar, como um doente em repouso, a amenização de seus sofrimentos” causados pela perda de um ente querido (p. 229).

Diversamente, na contemporaneidade o luto não é mais um tempo necessário, ou imposto pela coletividade como séculos anteriores. No caso atual tornou-se um estado mórbido que deve ser tratado, abreviado e apagado juntamente com a supressão de tudo que lembra a morte, afim de preservar a felicidade de uma sociedade que poderia perder a razão de ser, se porventura entristecesse (Ariès, 2012). Nessa abordagem, o luto passa a ser psicopatologizado e, portanto, passa a ser inserido no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014) nomeado como: “Transtorno do Luto Complexo Persistente”, ou Luto Complicado a partir de sintomatologia que se refere ao sofrimento reativo à morte e perturbação social/da identidade, com novas definições quanto aos aspectos do tempo e a duração/persistência de sintomas acima de 12 meses.

Anteriormente, na versão do DSM-4, havia uma separação nítida entre luto e depressão, em que o luto era caracterizado como categoria especial, por isso tornando-se condição excludente do diagnóstico de Depressão Maior. Hoje, na versão do DSM-5, o item citado acima foi retirado, o que condiz com os últimos apontamentos culturais correlacionados ao processo

de enlutamento, visto particularmente pelas sociedades ocidentais muitas vezes como anômala toda a tristeza e desinteresse do mundo que o sujeito pode sentir e demonstrar.

Na Psicanálise, em seu texto *Luto e melancolia*, Freud(1917[1915]/1969e) compara a melancolia com o afeto normal do luto e descreve que “as causas excitantes devidas a influências são, na medida em que podemos discerni-las, as mesmas para ambas as condições-reação à perda de alguém amado, ou de alguma abstração que ocupou esse lugar”(p. 249). Nesse mesmo artigo o autor destaca que o luto envolve graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, mas que não poderia considera-lo condição patológica e submetê-lo a tratamento médico.

Em outros casos, para Freud(1917[1915]/1969e) as mesmas influências podem produzir a melancolia em vez de luto; quando há uma disposição patológica – sublinha– neste acontecimento, o paciente parece não saber o que perdeu, mesmo em situações de morte, não reconhece o que perdeu nesse alguém. A prática clínica leva-o a concluir que na melancolia a perda é relativa ao próprio ego, enquanto que no luto o mundo torna-se pobre e vazio, diferenciando os respectivos processos e clarificando o luto, como processo lento e doloroso, de dimensão física e ao mesmo tempo simbólica, em que o ego se vê envolvido e absorvido em uma tarefa psíquica particularmente difícil, sendo necessário ajustar a quantidade de energia disponível para elaboração e reorganização dos ciclos de vida.

Nesse sentido do patológico, o luto e a morte são excluídos da vida cotidiana, com o recalque da dor que deve ser calada e escondida, juntamente com toda manifestação pública, afim de garantir a estabilidade de uma sociedade que, ao fantasiar-se onipotente, presentifica e afirma seu narcisismo. Para Ariès (2012), o lugar do luto continua sendo de extrema importância, pois compreende a dor por excelência cuja manifestação prenuncia “a expressão mais violenta dos sentimentos mais espontâneos” (p. 227), que antes mesmo de ter recebido um nome do latim *luctu*, era legitimada em outros séculos, bem como era considerada vitalmente necessária. Para Gorer, antropólogo, citado por Ariès (2012), a supressão quase radical de tudo que lembra a morte agrava o traumatismo ligado à perda, assim como a inibição do luto pode estar associada a grande parte da patologia social, por impedir os sujeitos de chorar seus mortos e enterrá-los também no sentido simbólico.

Nessa perspectiva, a Psicanálise sinaliza o trauma como um evento que pode ser recalcado, o que conseqüentemente pode dificultar o processo de simbolização. Dentro dessa vertente de repressão cultural detoda e qualquer manifestação de luto, coexiste um represamento duplo no qual o ambiente, no caso a cultura, pode atravessar a experiência de elaboração, impossibilitando o trabalho do luto.

Freud(1917[1915]/1969e), descreve em o trabalho de luto e sua extensão no psiquismo como uma resposta à exigência que é feita ao sujeito de “retirada de toda libido de suas ligações com o objeto amado, cujo teste de realidade comprovou ausência” (p. 251). Nessa perspectiva, lidar com a perda e separação transcende o sentido físico, demandando ao sujeito recursos internos e movimentos de reparação.

Para o autor, a morte encontra-se distante das experiências da vida que seguem “naturalmente” apagadas, silenciadas por conduzirem a dor. Em seu texto *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, parteII – “Nossa Atitude para com a Morte”, Freud expõe essa difícil relação do homem civilizado com a morte, quando este evita falar de tal possibilidade ou até mesmo quando essa probabilidade torna-se real. Para o autor “revelamos uma tendência inegável para pôr a morte de lado, eliminá-la da vida. Tentamos silenciá-la” (Freud, 1915/1969k, p.299).

Nessa mesma perspectiva, o óbito neonatal parece contrariar o que se espera sobre o andamento do ciclo de vida – nascimento vida – nesse sentido, encontramos mães mudas, caladas, silenciadas até mesmo na possibilidade de narrar o evento, já que a modernidade não comporta tal experiência, de transitoriedade. Para Freud (1915/1969k), o ser humano evita pensar na morte, mas quando ela acontece, quando se perde um ente querido, em sua dor o sujeito é forçado a aprender que cada um de nós pode e vai morrer.

Destarte, o presente trabalho se ocupará do estudo do luto de recém-nascidos em uma cultura que evita pensar na morte e impossibilita a elaboração e expressão da perda de mulheres prometidas historicamente à maternidade. Neste mesmo cenário, refletiremos sobre a ocorrência da ascensão do campo da Perinatalidade na ciência psicológica e no contexto da Psicanálise, o que oportuniza a escuta de mulheres e de suas experiências.

## 1.2 Formação da psicologia no tema da perinatalidade

Reforçando o fato da perinatalidade e parentalidade se coadunarem, sendo um tema continuidade do outro, desenvolveremos neste tópico como a Psicologia alargou ao longo de sua história os conceitos e estudos a respeito da Perinatalidade, demonstrando a convergência entre o papel do Estado na oferta dos serviços de saúde e as conquistas sociais das mulheres no surgimento da psicologia perinatal no Brasil. Segundo Villela e Monteiro (2005), as práticas e diretrizes de organização do sistema de saúde dirigidas ao público feminino estão orientadas de modo particular em cada momento histórico e relacionadas ao conceito de “mulher” de cada época.

No início do século XX, priorizava-se ações estritamente educativas de puericultura, o que incluía noções de higiene que favoreciam o desenvolvimento físico das crianças com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil. Na metade do século XX, com a consolidação do conhecimento e da prática obstétrica, o pré-natal foi incluído no plano de assistência à mulher, dando enfoque à mãe como a grande mantenedora da criança. Nos anos 70, com a contracepção, muito se discutiu sobre a necessidade da redução das famílias, passando a haver interferência direta do Estado nesse sentido com a implementação de políticas de redução de natalidade, ressoando em movimentos organizados por feministas que questionaram o direito reprodutivo e sexual da mulher junto aos conceitos predeterminados pela sociedade (Villela & Monteiro, 2005).

Essa tornou-se a principal crítica do feminismo na década de 80: “a redução do sujeito mulher a objeto procriador e necessário à reprodução biológica da espécie, mecanismo que nega a sexualidade das mulheres como atividade autônoma em relação à procriação” (Villela & Monteiro, 2005, p.18). Nesse momento começaram a aparecer textos nacionais e internacionais produzidos por organizações não governamentais levantando frentes em relação aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, discussão acrescida da luta por relacionamentos mais igualitários entre homens e mulheres (Villela & Monteiro, 2005).

Na década de 90, o SUS começou a ser estruturado no Brasil e foram adicionadas à pauta da saúde e reivindicações feministas como expôs Lago (2004), citado por Villela e Monteiro (2005). Assim, no período de 1995 a 2000, houve um grande avanço, segundo Redesaude (2004), mostrado por Villela e Monteiro (2005), na edificação de marcos institucionais, técnicos e práticos na regulamentação das rotinas do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às atividades da agenda da saúde da mulher. Desta forma, o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, dentro das políticas públicas, o que contribuiu muito para a implementação do novo modelo de atenção e gestão à saúde da mulher, conforme Redesaude (2004), citado por Villela e Monteiro (2005).

A comissão responsável convocada pelo ministério da saúde da época era constituída por mulheres engajadas, o que lhes garantia representatividade junto ao movimento feminista. Isso gerou grande repercussão, já que o Brasil vivia um momento político de grande efervescência com volumoso movimento social de classes durante o restabelecimento da democracia. O PAISM se tornou um marco dentro das políticas de assistência à saúde e alcançou um importante significado social dentro das lutas das mulheres, mesmo não tendo sido implantado de forma homogênea em todo território nacional (Osis, 1998).

A proposta de atendimento integral à saúde descentralizou a assistência à mulher, limitando-a apenas à fase reprodutiva e aos cuidados materno-infantis vinculados ao controle da reprodução, englobando a infância, a velhice, a saúde mental e as doenças laborativas, com objetivos de integrar prevenção e cura, de acordo com Barroso (1984), citado por Osis (1998). Cruz, Caminha e Batista (2014), também trazidos por Osis (1998), destacam que:

A publicação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, marca uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e as prioridades nessa área, na medida em que propõe ações voltadas à sua integridade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal (p. 88).

Desta forma, várias mudanças importantes começaram a ser feitas partindo das redefinições de conceitos de mulher e saúde que amplificam o conhecimento e suas práticas, assim como atualizamos costumes e comportamentos em nossa sociedade. Na área da perinatalidade, modificações conceituais de gestação, parto e pós-parto começaram a ocorrer de forma processual. Nesse sentido, podemos destacar contribuições junto ao Ministério da Saúde na adoção de estratégias de atenção e promoção à perinatalidade, expandindo no ano de 2000 os cuidados à fase perinatal com a criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e com o plano que normatiza a assistência às gestantes do Brasil, dentro de novas perspectivas históricas. Conseqüentemente, o “Manual Técnico de atenção ao pré-natal e ao puerpério sofreram alterações segundo as evidências científicas e as recomendações da OMS” da época, culminando na elaboração de programas como o Rede Cegonha de 2001, reunindo ações que asseguram às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o nascimento (Cruz, Caminha & Batista, 2014).

Nota-se assim que todas essas mudanças históricas aconteceram impulsionadas principalmente por transformações no panorama internacional, quando o direito das mulheres entrou em pauta na Conferência de Direitos Humanos de 1983 e na Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a mulher de 1995. Nesta ocasião, 179 países aprovaram para os vinte anos seguintes ações voltadas à promoção, avanço e a expansão da emancipação da mulher em todo o mundo, com um conjunto de medidas em várias frentes, dentre elas o tratamento da redução da mortalidade materno infantil, estabelecendo metas a serem atingidas por toda a comunidade internacional (Cruz, Caminha & Batista, 2014).

Como resultado, o pré-natal ganhou destaque entre outros temas a serem trabalhados na integralidade da saúde da mulher e por este motivo será abordado no presente estudo, por estar relacionado ao tema da Psicologia perinatal e sua formação na atualidade.

A inclusão da Psicologia na assistência pré-natal aconteceu no ano 2000, no Manual de Orientação da Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia, quando este enfatizou a importância do suporte psicológico por parte dos familiares para um melhor desenvolvimento da gravidez. Ainda, nesse mesmo documento, abre-se possibilidades nos cuidados materno-fetal à equipe multidisciplinar, abrangendo outros profissionais, especialidades e áreas afins (Cruz, Caminha & Batista, 2014).

Estudos mostram que data de 1925 a criação do primeiro serviço universitário de assistência pré-natal na Universidade de Medicina de São Paulo (Cruz, Caminha & Batista, 2014). Anos mais tarde, a partir do ano 2000, a Psicologia insere o pré-natal psicológico nos cuidados gestacionais, que a depender do modelo, aborda o estudo sobre o psiquismo da gestante, os atravessamentos no trabalho de parto e a construção do vínculo mãe-bebê dentro de um contexto socioemocional e não hospitalar dentre outros temas.

Anterior ao século XXI, temos segundo Iaconelli (2012b), uma psicologia da gravidez abordada dentro da disciplina hospitalar e voltada a atuação no hospital indo de encontro ao próprio contexto histórico do parto e sua chegada ao hospital. Importante compreender que o parto antes feito pela parteira em casa passa a ser feito pelo profissional de saúde dentro do hospitalno início do século passado, modificando toda a rede de significados e representações sociais em torno do corpo da mulher, da gestação, do trabalho de parto e do puerpério e interferindo na constituição da subjetividade da mulher e em conceitos da comunidade científica. Assim, todo o ciclo-gravídico-puerperal passa a ser um evento biológico, de natureza imperfeita, destinado à intervenção do modelo médico-tecnista, fármaco-químico e tecnológico com a industrialização do parto.

Iaconelli (2012b) chama atenção para a compactuação da Psicologia, com esse sistema de códigos de atendimentos e a formalização de práticas nocivas à gestante, parturiente e puérpera, que estão atrelados a questões históricas e de reprodução ideológica.

A psicologia perinatal apresenta um grande desafio na formação e na atuação de seus profissionais, pois se pretende encontrar um espaço de pesquisa isento de pressões institucionais por um lado, e não se pode prescindir de uma atuação junto a parturiente e ao bebê, por outro (p.3).

Assim, entendemos que a psicologia perinatal é um campo de trabalho relativamente novo e de múltiplas possibilidades que começou a ser pensado no Brasil a partir dos anos 70 nos grupos científicos, período em que houve publicações na área com os temas da Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Dados demonstram que somente no início deste século a Psicologia perinatal começou a atuar também fora do âmbito hospitalar e começaram a ser integralizadas como parte do desenvolvimento da personalidade da mulher as fases do ciclo gravídico-puerperal, como Maldonado (2013) propõe ao determinar a gravidez como período de transição “devido às grandes perspectivas de mudança envolvidas nos aspectos de papel social, necessidades de novas adaptações, reajustamento interpessoal e intrapsíquico e mudança de identidade” (p.11).

As discussões e os estudos dentro da Psicologia têm sido ampliados e os conceitos de maternidade e paternidade têm sido contextualizados dentro das perspectivas histórico-culturais com o propósito de alcançar os desdobramentos e entrelaçamentos da perinatalidade e parentalidade que se fazem necessários para compreender os aspectos psicológicos e subjetivos de ordem social na constituição dos fenômenos psicossomáticos.

Todos esses encontros e desencontros do campo de trabalho emergente nos remetem à própria história da Psicologia e sua estruturação no país via medicina e a área da Educação e Saúde. O psicólogo encontra diferentes contextos formadores em universidades públicas e privadas que contemplam projetos pedagógicos com perspectivas críticas ou menos críticas, essas últimas mais profissionalizantes. Por muito tempo o principal campo de trabalho da Psicologia foi a área clínica, o que na contemporaneidade se modificou de forma processual com o intuito de abarcar a sua própria composição enquanto ciência social.

Logo, a Psicologia Perinatal que anteriormente se restringia apenas aos períodos imediatamente anterior ou posterior ao parto, como a própria palavra perinatalidade encontra-se definida no dicionário Aurélio, vem ampliando os construtos e as acepções metodológicas-práticas de sua atuação no campo da saúde social quando procura “estudar os fenômenos psíquicos ligados ao ciclo gravídico-puerperal em sua relação com as determinações biológicas, culturais e históricas, incluindo as etapas que antecedem e ultrapassam a gestação e o pós-parto”, como a infertilidade, abortamento, morte neonatal, luto perinatal entre outros temas, pretendendo deste modo compreender as implicações destes fenômenos na construção da parentalidade (Iaconelli, 2012b, p.7).

No Brasil, em poucas universidades são encontradas, tanto no projeto pedagógico quanto no currículo do curso Psicologia, as disciplinas Perinatologia, Psicologia da gravidez, Pré-natal psicológico, Perinatalidade e Parentalidade. Desta forma, os temas são contemplados

em matérias relacionadas ao desenvolvimento da infância, com foco na relação mãe-bebê, sem que os processos psíquicos da mãe sejam muitas vezes abordados.

A invisibilidade e a carência de problematização dessas questões na Psicologia tornam significativa a ausência de disciplinas optativas com temas no campo da perinatalidade nas Universidades. A inserção dos assuntos citados na matéria de desenvolvimento muda o foco, pois trata a mulher como receptáculo da criança, pesando os impactos da maternidade no desenvolvimento infantil. Estudos nesse formato refletem o grande número de pesquisas realizadas na área da Psicopatologia segundo Zanello (2016), do mesmo modo que orientam práticas que reproduzem um discurso doutrinador

Caplan (2012) realizou, neste sentido, um interessante levantamento de todas as publicações envolvendo o tema da “maternidade” nos últimos 10 anos, pela APA. De todos os artigos levantados, uma média de 60% apontavam as consequências da maternidade sobre a criança (e não sobre a mulher encarregada desta função) (Zanello, 2016, p.116).

Nesse sentido, os estudos muitas vezes refletem perspectivas teóricas de culpabilização da mãe nos fatores de desordem do desenvolvimento infantil, dificultando uma escuta e apreensão do sujeito mulher-mãe na perinatalidade e parentalidade.

No século XXI os movimentos sociais e de gênero incorporaram às suas pautas esses questionamentos e sinalizaram uma ideologia de gênero por trás da vertente da manutenção da mulher e da naturalização de sua performance desde o século XVIII, com advento do capitalismo (Zanello, 2016).

Dessa maneira, estudos como o de Badinter (1985), contribuem com a perspectiva da maternidade começar a ser pensada como uma construção social, levantando pontos que sempre foram tabus. As perspectivas mais críticas na Psicologia abraçam essa descentralização do instinto materno enquanto condição da existência da mulher e contribuem repensando historicamente o seu lugar na cultura e na construção de um papel com viés ideológico, modificando o contexto da perinatalidade.

Em suma, conclui-se ser de fundamental importância a conexão entre os eventos da perinatalidade e da parentalidade para compreender as interfaces do fenômeno social nos atravessamentos psicossomáticos, institucionais e sociais que perpassam o psiquismo, o corpo e os processos fisiológicos da gestante e parturiente, assim também como faz-se indispensável a adição de disciplinas nas grades curriculares dos cursos de graduação em Psicologia das Universidades que contemplem os temas integralizados para que os psicólogos em formação

possam ampliar o olhar do fenômeno social e sua repercussão subjetiva na constituição do sujeito mulher.

## Capítulo 2

### Luto parental no puerpério e construção identitária

Dando continuidade à discussão acerca da Perinatalidade e Parentalidade como áreas consonantes da Psicologia e importantes para os estudos sobre a Maternidade e seus desdobramentos em termos de vida, morte e luto puerperal na saúde da mulher, bem como no desenvolvimento da prática psicológica efetiva junto à sociedade, dedicaremos este segundo capítulo à compreensão da elaboração dos processos identitários da mãe puérpera e primípara após a morte neonatal a partir do arcabouço freudiano. Nesse sentido, faz-se necessário abarcar a complexa constituição da identidade a começar do narcisismo primário, com o desenvolvimento do ego ideal, objeto de desejo da mãe, e a formação do narcisismo secundário, correspondente ao ideal do ego no acesso à cultura, em que o eu busca identificar-se e ser reconhecido socialmente no campo da maternidade junto aos processos de subjetivação.

Nesse caminho será abordada a morte do bebê real e a perda da função parental no contexto do pós-parto antes mesmo que a mãe consiga perceber o filho como objeto verdadeiramente externo, por encontrar-se concomitantemente envolvida em seu narcisismo primário, processo de autoinvestimento libidinal mobilizado pela gestação. Nesse sentido, autores pesquisados Soifer (1991), Iaconelli (2007) e Bydlowski (2002) sugerem que a perda do bebê ocasionará a reedição da ferida narcísica pela via da identificação com objeto, mediante a qual a teoria nos remete ao processo de constituição do eu e do objeto.

Para tanto, pretende-se estudar a constituição do sujeito e do objeto especialmente na composição da relação de alteridade um com o Outro, momento em que será abordado o narcisismo originário transformado em amor objetal a partir da idealização do objeto em nossa cultura contextualizada na relação mãe - bebê no decurso do texto.

Nesse seguimento, pretende-se abordar o campo social e oferecimento de vias e recursos simbólicos possíveis no caminho da reparação da imagem do eu e da premente necessidade do sujeito feminino de recriá-la mediante a identificação, assim como a reelaboração das questões identitárias a partir de conteúdos inconscientes e dos discursos sociais.

Assim sendo, a discussão abarcará o modo histórico tratado no primeiro capítulo junto às formas de subjetividade e identificação pertencentes ao processo da parentalidade em nossa sociedade para discussão das implicações psíquicas nos casos apresentados. Assim, o tornar-se mãe a partir da constituição subjetiva da mulher será tratado nos casos de morte neonatal, começando pela gestação e indo até a interrupção da vida do filho, dentro da teoria psicanalítica. Nessa perspectiva, pretende-se percorrer o caminho em que a mulher, diante de sua perda,

encontra o desvalimento da experiência com o filho evê-se imersa na construção de uma nova identidade, afetada pelo grupo social ao qual pertence, com o objetivo de investigar como a falta de reconhecimento do luto parental amplificará o encontro do sujeito moderno com seu estado de desamparo principalmente no contexto da morte, dando passagem do mal-estar à condição de sofrimento em nossa cultura.

Será considerado, para o estudo, tanto o aparato teórico-metodológico quanto a pesquisa e análise das narrativas, em que se discorrerá acerca do luto e da necessidade da validação social como condição para sua transição, assim como outras condições e processos serão abordados na perspectiva da elaboração, dentre eles: a objetificação do bebê no psiquismo da mulher e, posteriormente, o movimento de integração do objeto no eu e seu desinvestimento libidinal. Nesse mesmo seguimento, serão abordados o luto do bebê imaginário e do bebê real, assim como a investigação abarcará o que foi perdido nessa perda, com vistas à própria identidade.

Desse modo, a dissertação abordará, na perspectiva da psicanálise, os aspectos psíquicos da gravidez, do puerpério, do luto e do meio em que são narrados, considerando suas especificidades a fim de examinar o envolvimento de outros personagens, com o intuito de compreendermos melhor a dimensão psicológica e social no fenômeno da parentalidade.

## 2.1 Gestação e o processo de identificação com o objeto

Para Andrade (2002), através da gestação o corpo da mulher passa por grandes transformações físicas e hormonais, assim como sofre modificações quanto a aspectos psíquicos. Conflitos infantis poderão ser reativados e remanejados no decorrer de toda a gravidez, parto e pós-parto, solicitando elaboração e novas acomodações. Nesse mesmo período, ocorre uma mudança do lugar social da mulher com relação ao seu status diante da sociedade e da própria família, favorecendo novas configurações quanto à maternidade e ao acesso a novos códigos sociais (Andrade, 2002).

Nesse sentido, para a autora o tema da reorganização da identidade parece ocupar lugar especial por compreender que o momento da gestação e do pós-parto exigirá um trabalho mental de forjar um lugar para o filho no psiquismo, assim como de procurar formas e modelos baseados na introjeção de um novo traço, o que ocorrerá através de um complexo processo de identificação. Diante dessa conjuntura, estudos demonstram que a mulher revive durante a gestação e o puerpério a história de suas identificações com a própria mãe, bem como com outras figuras maternantes e substitutas, à procura de modelos identitários, segundo Stern (1997), citado por Andrade (2002).

Para Feres (2009), através do processo de identificação, os objetos serão escolhidos fazendo referência àquele que deu origem ao primeiro objeto. Portanto, as relações objetais estão diretamente em consonância com as ligações que a criança estabelece com as figuras parentais. Nessa mesma lógica, as várias identificações do eu ocorrerão através de possíveis construções a partir da dialética, em meio à presença e à ausência, tanto daquele que primeiro o amparou quanto dos objetos que se inscrevem como possibilidade de substituição, oferecendo-se/impondo-se como objetos de identificação.

Dessa forma, o processo de identificação estará envolvido em todo trabalho psicológico da gestação, no qual a mudança da mulher na família e na sociedade poderá provocar uma crise maturativa que possibilitará, segundo Bydlowski (2002), a passagem de geração e poderá despertar angústias primitivas ou vivências pré-edípicas responsáveis pela movimentação da energia psíquica durante toda a alteração evolutiva.

Nesse sentido, a autora organiza certo número de tarefas psíquicas específicas relacionadas à constituição do eu - mãe e à constituição do objeto- bebê em etapas, de modo que a transição entre uma fase e sua subsequente dependerá da execução da etapa anterior, como explicaremos melhor abaixo.

Para Bydlowski (2002), durante toda a gravidez o trabalho psíquico envolverá gradativamente e continuamente, as quatro etapas, correspondentes ao estágio diferente do objeto: “objeto puramente interno, objeto interior físico mas psiquicamente externalizado, objeto externo físico mas psiquicamente ainda internalizado e, enfim, objeto verdadeiramente externo” (Bydlowski & Golse, 2002, p. 219). A fim de esmiuçar cada uma das etapas apresentadas acima e discutir a identificação da mãe e o processo pelo qual o bebê vai sendo objetificado ao término da gestação, seguiremos com o desenvolvimento psíquico da gravidez e a constituição do objeto, para mais à frente nos aprofundarmos nas possíveis ancoragens identitárias após a perda neonatal.

Para a Psicanálise, a gestação desencadeia a experiência particular de um reencontro da mulher consigo, em que “a capacidade de erotizar uma parte ainda interna a si mesma está em questão” (Bydlowski, 2002, p. 209). Nesse sentido, estudos apontam que a gravidez ativa o narcisismo primário da mãe, o qual evocará memórias do período em que ela foi um bebê, bem como da maternagem que ela recebeu de sua mãe ou de seu substituto em níveis conscientes e inconscientes, em um processo que Winnicott (1999) descreveu como regressivo.

Dessa forma, Winnicott (1999) afirmará que a mãe vivencia a própria história de quando era um recém-nascido frágil, evocando conflitos e angústias de suas primeiras relações e o momento em que conheceu a alternância da presença e da ausência de cuidados maternos

responsáveis pela constituição do eu e depois como objeto, enfatizando a importância desses primeiros cuidados e dessas primeiras relações como fundamentais para as identificações posteriores. Nesse sentido, Bydlowski (2002) detalha a experiência das relações primitivas como essenciais para a constituição do objeto interno, como podemos ver na citação abaixo:

A esse ritmo tranquilizante, o recém-nascido de outrora foi progressivamente se sentindo existir de maneira permanente. Ele passou pela experiência de continuidade de estar no mundo graças à adequação de cuidados sem os quais ele estaria em meio ao caos. A coerência dos cuidados maternos é o que dava ao mundo que o cercava um início de significação (p. 209).

Assim, a mulher que outrora era um bebê pôde constituir um bom objeto interno a partir da continuidade de cuidados que lhe garantiram segurança. Nesse aspecto, metaforicamente o objeto interno passa a representar a imagem interiorizada também desses “cuidados maternos necessários e tranquilizantes” (Bydlowski, 2002, p. 210).

Para a pesquisadora, grandes variações serão observadas nesse sentido, desde a mulher grávida que estabeleceu um bom objeto interno até aquela que, ao contrário, precocemente enquanto ainda era um bebê, experienciou “cuidados insuficientes e intrusivos”, os quais durante a gestação serão revisitados através de memórias inconscientes, possivelmente tornando-se fonte de angústias (Bydlowski & Golse, 2002, p. 217).

Segundo Aulagnier (1990), citado por Iaconelli (2012a), ser mãe representa para toda mulher a experiência onde ela reviverá da maneira mais forte o que foi sua primeira relação. No caso de a mulher ter vivido essa experiência de forma profundamente perturbada, sua gravidez pode ser a causa de um retorno maciço do que foi reprimido, que, se não condiz com uma psicose, mas pode tornar psicogênica sua relação com a criança.

Logo, para Bydlowski (2000), como mostraram Bydlowski e Golse (2002, p. 217), “a mãe carrega o feto, uma representação, metafórica do objeto interno”, conceito que se torna importante para nossa discussão e será utilizado para pensar a relação da mãe com o bebê e a construção deste em seu psiquismo até o momento que se torna um objeto externo, separado do eu, e depois perdido.

Nessa perspectiva, a mulher que se identifica com o bebê possivelmente investirá durante a gravidez em um objeto que “não difere do eu, já que, aparentemente, visa a própria pessoa”, segundo Ferrari, Picininie Lopes (2006), p. 272 citando Bydlowski (2000a) e Aulagnier (1990a). Nesse mesmo sentido, Bydlowski e Golse (2002) descrevem um funcionamento psíquico materno muito específico, denominado como transparência psíquica, que será marcado pela “diminuição das resistências tradicionais da mulher diante do reprimido

inconsciente e caracterizado por conflitos infantis e um superinvestimento de uma história pessoal, com uma plasticidade importante das representações mentais centradas sobre uma inegável polarização narcísica” (Bydlowski & Golse, 2002, p. 216).

Por conseguinte, esse momento será assinalado pelo estágio do narcisismo primário, em que haverá um maciço investimento da libido da futura mãe em si mesma. Aponta Aulagnier (1990, p.18), citado por Ferrari, Picinini e Lopes (2006) que o processo de investimento libidinal materno não ocorre em detrimento do seu narcisismo, mas haveria um “sobreinvestimento narcisista daquilo que é sentido como uma produção endógena, como algo que vem acrescentar-se ao próprio corpo” (p. 272).

Gradativamente, nos últimos meses da gravidez o feto começará a apresentar um status exterior, embora ainda esteja no corpo da mãe. Desse modo, a mulher vai tomando consciência de sua existência a partir dos movimentos fetais no ventre, assim como da formação da imagem do corpo de um bebê nos exames de ultrassom, a escuta dos batimentos cardíacos e mudanças corporais em seu próprio corpo, como ganho de peso e abdômen distendido.

Ocorre uma mudança, a atenção psíquica da mãe, que até esse momento se dirigia principalmente para ela mesma como continente, dirigiu-se progressivamente para seu conteúdo, o feto, futuro recém-nascido; por esse motivo, para muitas futuras mães, começa assim a se objetificar em seu psiquismo (Bydlowski & Golse, 2002, p. 218).

Desta forma, para Bydlowski e Golse (2002) a exteriorização do bebê que culmina em sua aparição fomenta o processo de preocupação materna, conceito que se desenvolve como base do que seria o processo de objetificação que propiciaria a passagem do bebê interno para o bebê externo, no seio do psiquismo da mãe. Por preocupação materna compreende-se o momento em que a mulher passa a focalizar o bebê, de forma que sua atenção se volta quase que inteiramente para ele, na perspectiva de priorizar seu bem estar e necessidades, ocorrendo nesse período um desinvestimento nela enquanto objeto para um redirecionamento da libido no recém-nascido como um verdadeiro objeto externo, propiciando “uma modificação no psiquismo da mãe durante o período que envolve o nascimento” (Bydlowski & Golse, 2002, p. 218).

É importante considerar que o momento de desinvestimento do objeto interno na gravidez que permite a abertura ao processo de investimento do objeto externo – o filho(a) na prática nem sempre coincide com a passagem anatômica do nascimento, podendo inclusive ocorrer de forma gradual nos meses posteriores ao parto, quando mãe e filho vivenciam uma

rotina de cuidados. Nesse mesmo sentido, a gravidez não é capaz, por si só de garantir o deslocamento do investimento libidinal materno para o feto e por isso, no final da gestação e até mesmo no pós-parto encontramos mulheres “em seu sonho de gravidez com o objeto interno perdido, uma vez que, movido pela força de sua necessidade de conservação, o bebê externo a estimula ao diálogo” (Bydlowski & Golse, 2002, p. 219).

Para Soifer (1991) a finalização da gravidez e o parto culminam com a separação dos dois organismos, modificando o momento anterior no qual viveram juntos numa relação de total dependência e de íntimo contato permanente. Nessa lógica a separação poderá propiciar um estado de luto em algumas mulheres na sequência dos próximos dias ao parto, como relatos clínicos comprovam. Dessa forma, para Szejer e Stewart (1997), como mostrou Folino (2014), foi denominado baby blues um quadro passageiro do puerpério, com características diferentes da depressão puerperal quanto à duração e a intensidade de sintomas, em que a mulher poderá vivenciar sentimentos de tristeza e melancolia. A esta condição psicológica a medicina vêm atribuindo o desencadeamento de fatores de ordem hormonal relativos às mudanças físicas e orgânicas, enquanto para outros estudiosos o gatilho seria os aspectos psíquicos e qualidade do “remanejamento psicológico”, como evidenciam as pesquisas de Szejer (2002, p. 203).

Já para Szejer (2002), citado por Folino (2014), a dor da separação tem reverberação muito forte no inconsciente materno, podendo inclusive reativar conflitos anteriores e lutos não elaborados.

Do ponto de vista do inconsciente da mãe, o baby blues pode ser entendido como uma reatualização dos lutos e separações não simbolizados de sua história. É como se as portas de todos os armários que contém os cadáveres de sua história se abrissem simultaneamente. A carga afetiva ligada a essas rupturas, a esses não ditos geralmente inconscientes, provoca uma espécie de aspiração psíquica da criança, que vem ocupar seu lugar como ser de linguagem (aliás, costuma-se dizer que é nesse período do terceiro-quarto dia que o recém-nascido começa a se exprimir). A partir daí, ele pode entrar em sua historicidade: a história está sempre atrás de nós (pp. 51-52).

Por conseguinte, a consciência da separação pode ter repercussões psíquicas abrangentes, iniciando um período de transição de “profundo descentramento” (p. 52) no qual a mulher vai tomando consciência da real presença da criança e de sua “alteridade” ao mesmo tempo em que cada membro da família deverá se adaptar, dando espaço para aquele que acabou de chegarse apresentar e ocupar também seu lugar (p. 52).

Concomitantemente à separação física, questões relativas à subjetividade da mulher estarão envolvidas em relação ao próprio corpo, intensificando ainda mais a entrada no

puerpério, o que envolva “perda de um estado e a passagem a outro” (Soifer, 1991, p. 51). Nesse sentido, a separação segundo a autora, poderá despertar profundas ansiedades na parturiente, que se adaptou ao estado de gravidez e incorporou o feto como parte de seu esquema corporal, acostumando-se ao diferente ritmo metabólico, fisiológico e hormonal.

O corpo grávido, e posteriormente não grávido, passa por intensas mudanças físicas num curto período, modificando a relação da mulher com seu próprio corpo, logo muitas ansiedades são frequentes quanto à estrutura física que toma outra forma, como “ventre dilatado, carne flácida, cintura aumentada, rachaduras dos seios, a sensação de não poder mover-se com a agilidade de antes” (Soifer, 1991, p.74). A atualização das novas formas e funções do corpo, como a amamentação, pouco a pouco será assimilada. A própria experiência, assim como as impressões do parto na mente-corpo vão precisar de espaço para serem elaboradas, demonstrando inclusive algumas vezes um descompasso que a mulher pode experimentar entre o tempo biológico e psicológico.

Para Soifer (1991), no momento posterior ao parto a mulher pode apresentar estado de confusão e despersonalização cuja remissão se deverá a um elemento decisivo – ao progressivo reconhecimento da criança.

[...] ver o filho recém-nascido e segurá-lo nos braços, para a autora será a única maneira de voltar a si, assim como de recobrar a identidade perdida no estado de confusão do parto. O filho denota a especificidade do ato, eliminando as confusões (p.59).

Nesse mesmo sentido, Stern (1997), como trazido por Andrade (2002), denota como o contato com o bebê pode ser organizador da nova identidade, pois leva a mãe a construir redes de esquemas sobre ela mesma, ao mesmo tempo em que reorganiza o mundo interno e atende o filho em suas necessidades de fome e de sono.

Assim sendo, o contato mãe- bebê se torna fundamental para ambos sob as perspectivas tanto da fundação do psiquismo do eu-bebê, quanto para a mãe na constituição e externalização do objeto- bebê, sem nos esquecermos dos discursos que atravessam a constituição subjetiva do papel materno. Dessa maneira, o bebê precisa ser libidinizado pelo desejo dos pais por meio dos cuidados que envolvem o corpo e sua erotização, ao mesmo tempo em que os genitores necessitam do retorno do bebê real para conseguir fazer o investimento libidinal (Iaconelli, 2012a).

Para a Psicanálise, nesse momento a necessidade orgânica do bebê será interpretada pela ilusão dos pais como demanda psíquica, demonstrando uma “antecipação dos pais de um sujeito

onde ainda não existe” sujeito, o que pode lhe dar “condição de vir a existir” (Iaconelli, 2012a, p. 79). Nesse sentido, segundo Laznik (2004), descrito por Iaconelli (2012a), “a ilusão antecipatória do sujeito”, seria uma função parental importante (p.79). Logo, autores sugerem que algo antecede a existência do bebê no mundo adulto, antecipado pela fala e o registro simbólico. Os genitores sonham o filho, antecipam características físicas e psicológicas e prenunciam a inscrição do sujeito na cultura. Garcia-Roza (1985, p. 213), mencionado por Iaconelli (2012a), explicita que:

Apesar de a criança não ter ainda acesso à sua própria fala, ele é falado pelos outros, ela já surge num lugar marcado simbolicamente. Ela mesma não dispõe ainda de uma função simbólica própria, no entanto é, desde o seu nascimento e mesmo antes dele, “simbolizada” pelos outros (p. 81).

Em virtude disso, o espaço simbólico se interpõe entre o sujeito e o seu corpo biológico, tornando-se condição para constituição do objeto bebê para a mãe. Nessa mesma perspectiva, a psicanálise, ao se ocupar da relação subjetiva e do discurso social na consecução do papel materno, contribui para pensar como o constituir-se bebê para uma mãe pode anteceder a sua própria existência material.

Segundo Iaconelli (2012a) a mãe vai eleger um bebê para depositar seu investimento libidinal, ao qual o bebê orgânico dará suporte no deslocamento da libido. Assim, a autora descreve o bebê narcísico– referente ao Eu Ideal e ao que gostaríamos de ter sido; o bebê edípico– referente ao Ideal do Eu que gostaríamos de dar aos pais, e o bebê imaginado – com o qual a mulher pode devanear conscientemente como possibilidade tangível, posto que pode acontecer que outro objeto pode ser eleito no lugar do bebê. Nesse sentido, “cada deslizamento simbólico estará submetido a objetos do desejo”, como no caso do próprio bebê, que será destinado à interpretação da escolha específica da mulher (p. 90).

De outro modo, para Laznik, o corpo do recém-nascido, a imagem do bebê completo que cerca o embrião e do próprio feto estarão na base de apoio da antecipação do sujeito como descreveu Laznik (1997), mostrado por Iaconelli (2012a).

Nesse sentido, Aulangnier (1990), também citado por Iaconelli (2012a), usa o termo “corpo imaginado” para definir a imagem que as mães carregam muito antes da concepção da criança, que faz referência ao próprio narcisismo dos pais, para demonstrar como o relação mãe-bebê começa antes do nascimento ocupando um lugar no inconsciente materno e podendo revelar-se objeto de desejo (p. 85).

[...] na maioria dos casos, o início da gravidez coincide com, ou acentua, a instauração de uma relação imaginária na qual o sujeito criança não é representado pelo que é na realidade, um embrião em vias de desenvolvimento, mas por aquilo que chamei alhures corpo imaginado, ou seja, um corpo já completo e unificado, dotado de todos os atributos necessários para isso [...] (p. 86).

Assim, somente após o parto o bebê será uma figura, um objeto externo perceptível, porém terá seu “correspondente imaginário, fantasmático, narcísico e mítico” (Lebovici, 1994, apud Bydlowski & Golse, 2002, p. 217). A imagem da criança que a mãe traz na cabeça pode ser o bebê dos seus sonhos, de seus devaneios, revelando um ser imaginário que a acompanha há muito tempo de acordo com Larnour e Barraco (1998), conforme explicitado por Andrade (2002).

O bebê real é o bebê que os pais têm nos seus braços, pode ter características do seu bebê imaginário ou ser muito diferente deste, como no caso do nascimento de um bebê com baixo peso ou com problemas de saúde, como apresentou Lebovici (1997), segundo citação de Andrade (2002). Assim para o autor:

A distinção entre a criança imaginária e a criança real permite que compreendamos em parte a angústia inicial e a ambivalência das parturientes, o que explica porque a primípara, por vezes, atravessa essa fase com dificuldade, por ter de adequar-se às exigências normais de seu bebê (p. 168).

De qualquer forma, existe sempre certa dose de frustração, pois o “recém-nascido está muito longe de ser o bebê trazido de Paris pela cegonha, base do mito popular e da propaganda comercial” (Soifer, 1991, p. 68). Atualmente temos visto a discussão sobre a maternidade real emuitos apelos têm sido feitos para que seja erradicada essa forma de propagar a maternidade fantasiada, mais fomentada por uma subjetividade pré-fabricada do amor incondicional atrelado ao instinto materno. Assim como a beleza, o casamento, o trabalho e a produção como formas de felicidade e satisfação, o filho aparece como produto/fonte de consumo, promessa da constituição da família, da realização materna. Nesse sentido, o nascimento do filho desvela o imaginário consciente e inconscientemente em torno do bebê, da família e da função parental a partir da realidade vivenciada.

Para Iaconelli (2012a) a imagem que unifica o bebê aos olhos da mãe também corre o risco de ser esfacelada pela dura realidade do nascimento, pela morte ou diagnóstico de anomalias fetais. No espaço em que a gestante anteriormente supunha um sujeito, passa a se deparar com a inviabilidade orgânica do feto, num processo de luto cujo desinvestimento do objeto nem sempre coincide com a cronologia dos acontecimentos. E assim, outros casos podem

fazer com que ocorra um recuo sobre o investimento da gravidez, ao se deparar com o discurso familiar ou mesmo o discurso social.

Para Aulagnier (1979), citado por Iaconelli (2012a), a mulher apoia o seu discurso simbólico em torno do significante no discurso da cultura na qual está inserida. Nesse sentido, Iaconelli (2012a) comenta sobre “como o corpo do bebê é reconhecido pelo corpo social que o produz, o que equivale a dizer que é reconhecido no registro simbólico, corpo marcado pelo significante” (p. 94), mas seria um erro afirmar que o reconhecimento parental decorreria do discurso social, e os casos de morte perinatal ou neonatal estão a confirmar como algumas mulheres sentem a perda do filho, enquanto a sociedade apenas enxerga um dejetivo.

Iaconelli (2012a) conclui que a função materna vai sendo construída principalmente no contato corporal que libidiniza mãe e filho, e por isso a perturbação ou a obstrução desse contato pode vir a desfazer laços anteriormente investidos. O discurso social não tem força para organizar e manter a função parental e o investimento, podendo inclusive estar dissociado destes. Sabe-se que a cultura outorga um lugar para o bebê que a mulher carrega atravessando a relação parental que procura legitimidade através do reconhecimento. Dessa forma, seguindo Aulagnier (1979), destacado por Iaconelli (2012a), a autora apresenta três vertentes as quais consideramos importantes para o nosso trabalho de escuta das narrativas: a antecipação do sujeito pela cultura, sua nomeação e os significantes, temas tratados no primeiro capítulo. A antecipação do sujeito compondo o psiquismo da gestante, o desejo, as identificações e o contato mãe e filho, bem como as situações que decorrem do nascimento e do pós-parto como constituintes norteadores da subjetividade materna, serão tratados neste segundo capítulo (Iaconelli, 2012a).

## 2.2 Noção de objeto na psicanálise e objeto perdido

O texto Inibição, sintoma e ansiedade – traduzido em outras versões ansiedade por Angústia – Freud (1926[1925]/1969d) destaca o momento inicial de constituição do eu como fundamentalmente relacionada ao estado de desamparo no qual o nascimento e a separação física revelam um estado de dependência absoluta do bebê humano e a sua condição de vulnerabilidade.

Freud (1926[1925]), mencionado por Fernandes (2011), aponta dois momentos importantes consecutivos nessa relação primordial do bebê humano com o outro maternal. No início, a ausência da mãe não representa a ausência de um objeto, visto que a criança não

percebe os objetos como algo independente, mas como algo que faz parte dela. Portanto, nesse momento a ausência da mãe coloca o bebê em uma situação de perigo em que ele experimenta dor, e não angústia, pois esse ainda não consegue diferenciar uma ausência temporal de uma perda permanente. “Logo que perde a mãe de vista a criança comporta-se como se nunca mais fosse vê-la novamente; e repetidas experiências consoladoras, ao contrário, são necessárias antes que ela aprenda que o desaparecimento da mãe é, em geral, seguido pelo seu reaparecimento” (Freud, 1926[1925]/1969d, p. 164).

Esse estágio não-objetal, segundo Spitz (2004) faz referência ao narcisismo primário que coincide com a fase de indiferenciação em que a percepção, a atividade e o funcionamento do recém-nascido estão insuficientemente organizados. O aparelho perceptivo não consegue ter uma maior apreensão do mundo externo devido à imaturidade do aparato biológico.

Posteriormente, com o desenvolvimento físico e psíquico, o estado de desamparo biológico consistirá na representação do estado de desamparo psíquico, com o qual a criança passa a perceber que o outro materno é quem satisfaz as suas necessidades. Freud (1926[1925]), citado por Feres (2009, p. 65) afirma que a criança “sabe”, por experiência que o outro é necessário diante do aumento da tensão em uma situação econômica que não encontra por si apenas descarga. Assim, o indivíduo vive como que em situação de perigo frente à ausência daquele que o assegura a vida nessa condição prematura podendo sofrer com a elevação da quantidade de estímulo, na sua falta. Freud (1926[1925]), como mostrado por Fernandes (2011), afirmou que

[...]os perigos do mundo exterior são realçados em sua significatividade, e o valor do objeto, o único capaz de proteger contra os perigos e substituir a vida intrauterina perdida, aumenta enormemente. Esse fator biológico instaura, portanto, as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado, que não mais abandonará o ser humano (p. 118).

De acordo com Spitz (2004) as primeiras percepções da criança estão relacionadas com suas necessidades e os estímulos são percebidos quando excedem o limiar da barreira do aparelho perceptivo que se encontra protegido principalmente nos primeiros meses, fazendo com que o bebê reaja com grande intensidade de desprazer.

Para Freud (1923/1969h) o ego é a princípio um ego corporal, que a partir das suas experiências começa a perceber o mundo que o rodeia, com isso tende a torna-se mais ativo porque começa a armazenar e registrar na memória os estímulos que provêm dele e a compreender a existência de um mundo interno e um mundo externo. À medida que a percepção

da criança se desenvolve, esta consegue localizar e ter maior consciência dos estímulos externos, e desta forma apreende gradativamente os objetos através de suas experiências. As impressões das experiências vão ficando gravadas na psique, tanto as dolorosas quanto as de satisfação, e passam a ser significadas.

Segundo Birman (1995), citado por Fernandes (2011), no texto das pulsões de 1915, encontra-se uma referência quanto a possibilidade de considerar as experiências mãe-bebê como base do princípio de alteridade, à presença originária do Outro.

Com efeito, o Outro é o lugar originário por onde as forças pulsionais fazem uma passagem obrigatória, um desvio indispensável antes que possam retornar ao organismo da criança[...]. É nesse sentido, nos parece, que Freud falava do ego enquanto um ego corporal antes de tudo, afirmando, além disso, que ele era a projeção de uma superfície. Essa projeção nos remete à maneira como o Outro administra as excitações pulsionais (p. 119).

Desse modo, pensa-se como o outro estaria sempre na origem da constituição do sujeito psíquico a partir do momento em que quantidades de excitação exterior e interior passariam pelo outro maternal antes mesmo de serem controladas pelo bebê (Fernandes, 2011), processo mediativo que se torna possível apenas com o investimento do outro no corpo da criança, transformando o “corpo de sensação”, no “corpo falado”, no corpo biológico libidinizado, erotizado e depois unificado—alusão ao narcisismo primário em que o corpo permanece como objeto de investimento ou de autoinvestimento, se compo em um corpo integrado (p.121).

Dessa mesma forma, a constituição do eu e a origem “arquetípica da experiência de angústia” fundamentariam-se nas experiências de separação da mãe ou de seu substituto no início das relações objetais como defendeu Figueiredo (1999, p. 54) em citação de Feres (2009, p. 41). *A posteriori*, com o desenvolvimento psíquico, o sentimento de angústia substituiria a sensação de dor na elevação da supraexcitação que coloca o eu diante da situação de perigo na eminente perda do objeto de acordo com Freud (1926[1925]), citado por Feres (2009). Aulagnier (1979, pp. 110-111), trazido por Iaconelli (2012a) esclarece isso ao dizer que:

É uma tautologia, lembramos que todo objeto particularmente investido é ao mesmo tempo aquele cuja perda possível concretiza os sentimentos da angústia do sujeito. A existência deste risco será imputada ao objeto [...] uma análise do desejo inconsciente da mãe pela criança mostrará sempre a participação de um desejo de morte e de um sentimento de culpa e a inevitável ambivalência suscitada por este objeto que ocupa e a inevitável ambivalência suscitada por este objeto que ocupa, nesta cena, o lugar de um primeiro objeto perdido: retorno acompanhado dos objetos vivenciados por este primeiro objeto, cujo lugar ele vem ocupar agora (p. 87).

Assim sendo, as experiências de satisfação versus insatisfação que se articulam na presença e na ausência do outro tornam-se o primeiro esboço da relação objetal, assim como mais tarde a Psicanálise compreende que os sentimentos de ambivalência amor e ódio tornam-se constitutivos das relações com o objeto. A repetição dessa situação econômica de prazer e desprazer versus aumento e diminuição de tensão ganhará as primeiras inscrições, assim como mais à frente o “eu se ocupará com a ausência, articulando-a aos restos da presença do outro na fantasia” (Feres, 2009, p. 43). Dessa forma, a experiência demonstra que após seu “arranjo narcísico, o eu evitará o estado de desamparo que um dia foi condição para o seu estabelecimento, posicionando-se defensivamente em relação a essa condição ao longo da vida (p. 43).

Para Winnicott (1949/2000), as angústias do início do existir humano estão ligadas ao “continuar a ser” do bebê, que se vincula a manter à presença da mãe (p. 271). Essa angústia da perda do objeto ou de sua separação, do qual depende sua vida, é vivida como ameaça à integridade do ego e como perigo de sua própria aniquilação. Em sua observação, o autor atesta que uma das primeiras manifestações de angústia demonstrada pela criança decorre do afastamento da mãe, sendo este, por mais breve que seja, encarado como uma perda definitiva no estágio do narcisismo primário. No texto, *Ansiedade associada à insegurança*, Winnicott (1952/2000), relata que as angústias estariam relacionadas não à função sexual, mas às múltiplas ameaças ao sentimento de existir que assolam o bebê, tais como o temor do retorno a um estado de não-integração e o medo da perda de contato com a realidade.

Para Freud(1926[1925]/1969d) a ausência do outro pode se tornar uma situação traumática, já que o eu não encontra-se “equipado para dominar psiquicamente as grandes quantidades de excitação que chegam do exterior ou do interior” (p. 261). Pensando nessas situações do início da vida, Soifer (1991) acrescenta como a gestação e o parto podem acionar fantasias e conflitos de natureza traumática que reativam a angústia do nascimento caracterizando que:

A angústia traumática é de natureza desintegradora e catastrófica; a ansiedade de esvaziamento e a de perda tem caráter depressivo; o temor do castigo, a ansiedade de castração e o medo do desconhecido prendem-se a uma raiz paranoide. Seu interjogo produz o estado de confusão com as sensações concomitantes de estranheza, despersonalização e perda de identidade (p. 61).

Segundo Soifer (1991), a angústia traumática às vezes pode ser reatualizada por um parto difícil em que se une a uma intensa ansiedade de castração ou esvaziamento no período

de transição da fase expulsiva, assumindo características dramáticas de ordem psíquica e física. Nesse sentido, conjectura-se que o puerpério em caso de morte do feto ou má-formação leva aos mais profundos intercâmbios com as vivências primitivas e inconscientes por ser considerada uma situação traumática de perda do objeto, configurando-se em uma prematura separação definitiva.

No texto “A negativa”, Freud (1925/1969b) trata dos objetos perdidos, destacando como é importante para o indivíduo garantir a existência na realidade daquilo que um dia foi percebido, experienciado na repetição e mais tarde representado pelo sujeito. Diante dessa perspectiva, Freud acrescenta:

[...] que não se trata mais de uma questão de saber se aquilo que foi percebido será ou não integrado ao ego, mas saber se algo que está no ego como representação pode ser redescoberto também na percepção, na realidade [...] de modo que ele possa se apossar dela sempre que dela necessitar (p. 276).

Freud (1925/1969b) então apresenta o parecer de que o conteúdo de uma imagem ou ideia reprimida pode passar pela consciência com efeito da suspensão temporária da repressão e em seguida ser negado, demonstrando uma não aceitação do que está sendo reprimido. Esse trabalho de afirmar ou negar a representação e julgar sua existência na realidade, para o autor tem como origem a função intelectual, na qual o processo de pensamento do sistema perceptual, responsável pela classificação dos estímulos na qualidade de externos e internos, objetivos e subjetivos, permeia o processo de integração no ego ou expulsão do conteúdo, de acordo com o Princípio de Prazer.

Green (1993), segundo Feres (2009), em o “El trabajo del negativo”, apresenta uma versão parecida com a elaboração de Freud(1925/1969b) no texto *A negativa*, desenvolvendo a ideia de um trabalho que se realiza em continuidade, sem que passe pela via da consciência e que potencialmente transforma a ausência em presença:

Se Freud, em 1911, afirma a existência de um desenvolvimento do eu que é apreendido pela irrupção das marcas deixadas pelo caminho, nós acrescentamos – apoiados nas construções de Green – que esse desenvolvimento é produto de tarefas remetidas à ausência, latência, vacância. Há um trabalho – de negativo – que é realizado não só na ausência de nossa percepção, mas pela própria ausência (p. 52).

Nesse sentido, Green (1993), citado por Feres (2009), enfatiza que por meio do trabalho do negativose institui um espaço interno, sobre o qual o ego vai lidar com o vazio deixado pelo outro.

O outro, ocupando funções constitutivas, torna-se invisível e inaudível – esquecido. O seu apagamento enquanto outro primordial cria uma ausência latente, ou seja, uma formação de um espaço a ser preenchido. É assim – e só assim – que não só o outro pode vir a ser tomado como objeto, mas também se abrem as possibilidades para que novos substitutos–objetos de investimento pulsional–possam ser vislumbrados (p. 52).

Assim, seria através do trabalho do negativo e do vazio deixado pelo outro que este poderia vir a se tornar objeto. “O objeto é agora colocado em primeiro plano, pois estamos no reino das relações, e então, o outro, por sua vez, ainda se encontrará lá, contudo esquecido/escondido atrás da barra – ausente presente” (p. 53). Destarte, para Feres (2009), onde antes havia o outro, agora existe objeto. Desse modo, estese constitui dentro do psiquismo e a partir de novas relações o eu poderá ampliar o repertório com outros objetos e atualizar representações que estarão referenciadas ao primeiro objeto de origem.

### 2.3 Sexualidade feminina e Édipo

Para compreender a sexualidade feminina na concepção psicanalítica faz-se necessário revisar a teoria da sexualidade, a fim de abarcar o desenvolvimento do pensamento freudiano na dinâmica edípiana que, segundo Gaulejac (2014), sobrepôs a história pessoal e familiar, acima da história sociocultural. Desta forma, para o autor faz-se imprescindível considerar o Édipo e os processos de identificação, na interação dos elementos psíquicos e sociais dispostos na cultura formadora da rede sociosexual para alcançar historicamente o lugar da mulher em nossa sociedade.

Assim, para Gaulejac (2014), a entrada no Édipo é o momento em que o sujeito se constitui em uma relação triangular, em que encontra objetos de investimento que estão fora da relação paterna/materna, levando-o a confrontar a realização de seu desejo no contexto real, saindo de uma relação dual, imaginária e de indiferenciação.

A importância da fase edípiana no desenvolvimento psíquico do indivíduo está ligada ao fato de fazê-lo enfrentar o aprendizado da diferenciação e da identificação. É o momento em que a criança vai buscar para si a identidade, produto de um movimento dialético entre o processo de identificação e o de diferenciação (p. 130).

Nesse sentido, o momento do Édipo tem como movimento central o processo de identificação que deve ser concebido como um movimento psicossocial importante em que o sujeito assimila traços, qualidades e atributos ligados ao objeto com o qual se identificou ao mesmo tempo em que busca se posicionar em uma rede de lugares previamente organizados e hierarquizados. Ainda por meio da identificação, a criança enfrenta o aprendizado da diferenciação sexual e social, internalizando limites ligados à diferença de sexo, geração e classe e reconhecendo a posição a qual está subordinada na ordem familiar e social para então aceitar (ou não aceitar) e ocupar o lugar que lhe é designado (Gaulejac, 2014).

Assim, faz-se essencial interligar o Édipo ao processo de identificação, aos lugares aparelhados do homem e da mulher na experiência da autoconstituição, a fim de discutir em nosso estudo a feminilidade e os lugares possíveis para as mulheres dentro e fora da estrutura parental sobre a qual a perda perinatal parece incidir o sentimento de desvalia e não pertencimento. Faz-se imprescindível pensar como a morte da criança nesses casos atesta a própria falência da mulher, instalando e apoiando o sentimento de inferioridade que tem ligação direta com a possível “invalidação da qual a mulher/mãe é objeto, pelo meio, devido à sua pertença a um outro mundo social” (Gaulejac, 2014, p. 110). Nesses casos, levantamos o seguinte questionamento: a qual lugar essa mulher passa a pertencer socialmente após a perda neonatal?

Sob essa perspectiva, aspectos sexuais das histórias individuais estão associados ao contexto social ao qual os sujeitos estão inscritos, ocasionando conflitos de ordem psíquica quando associados a uma mudança de classe, de pertença ou de lugar (Gaulejac, 2014).

Desta forma, Freud desenvolveu a teoria da sexualidade discutindo o desenvolvimento do menino e da menina, a princípio muito próximos dos conceitos dispostos em nossa cultura sobre o masculino e o feminino utilizado como normatizadores da masculinidade e feminilidade, sem considerar esses lugares construídos historicamente.

Como conceito central da teoria da sexualidade, o complexo de Édipo torna-se peça fundamental a ser problematizada pela Psicanálise, sobretudo para Moreira (2004), frente “à angústia da castração e o circuito do processo de identificação, no qual se afirma a estruturação do sujeito e a presença do outro em sua constituição” (p. 3).

Para Freud (1924/1969a) o complexo de Édipo oferece à criança duas possibilidades de satisfação, uma ativa e outra passiva. Na forma ativa, esta poderia se colocar no lugar do seu pai, à maneira masculina, e ter relações com a mãe, decretando a rivalidade com o genitor. Na forma passiva poderia assumir o lugar da mãe e ser amada pelo pai, tornando a mãe dispensável. As duas posições quase estanques desenvolvidas em sua teoria contribuem para o padrão

cultural da época e demoram-se a ser complexificadas a partir de categorias sócio-históricas.

Assim o autor teoriza que o desejo de possuir um pênis e um filho conservam-se catexizados no inconsciente, preparando a mulher para seu papel posterior: o da maternidade. Diante da castração consumada, escreve Kehl (2008), Freud destina o feminino ao amor passivo, no qual a descoberta da vagina e de sua função sexual será conduzida pelo amor ao pai; inaugurando tentativas de identificação “com o único atributo que ainda lhe interessa da figura materna: a feminilidade” (p. 196).

Nessa vertente, Freud (1924/1969a) chega à seguinte conclusão, especialmente no caso do desenvolvimento sexual das meninas sobre a dissolução do complexo de Édipo, com a frase emblemática “a anatomia é o destino” (p. 197). Dessa forma, delineia o clitóris na menina a princípio comportando-se como um pênis que, ao ser comparado com o órgão genital do menino, lhe indicaria a diferença, fazendo-a sentir-se muito injustiçada e inferior. Por algum tempo, a menina pensa que ao ficar mais velha, a questão se resolverá com o crescimento do pequeno pênis, descobrindo algum tempo depois que isso não acontecerá, calcula o enredo da história concluindo: havia um pênis e perdeu-o por castração.

Com a suspeita de que as mulheres possuíssem pênis e a confirmação de sua ausência, a castração vira uma possibilidade e seu reconhecimento põe fim às duas maneiras possíveis de obter satisfação do complexo de Édipo, de modo que ambas ocasionam a perda do pênis – “a masculina como uma punição resultante e a feminina como pré-condição” (Freud 1924/1969a, p. 196). Nesse sentido, Freud (1924/1996a) chega à conclusão de que a menina aceita a castração como um fato consumado, enquanto o menino passa a temer a sua possibilidade, surgindo um conflito importante entre a catexia libidinal de seus objetos parentais e o seu interesse narcísico relacionado à parte genital do seu corpo.

O temor da castração na menina descrito em Freud (1924/1969a) como poderosa intimidação vinda do exterior, com a ameaça da perda de amor, simplifica a dissolução do complexo quando o autor apresenta a saída, de via única: a assunção ao lugar da mãe e a adoção da atitude feminina para com o pai, como tentativa de encontrar compensação.

Ela desliza –ao longo da linha de uma equação simbólica, poder-se-ia dizer – do pênis para um bebê. Seu complexo de Édipo culmina em um desejo, mantido por muito tempo, de receber do pai um bebê como presente – dar-lhe um filho (p. 198).

No texto *Sexualidade Feminina*, Freud (1931/1969I) retorna ao assunto depois de consideráveis repercussões em torno de seu trabalho anterior `Algumas consequências psicológicas da distinção anatômica entre os sexos`, em 1925. No artigo, o autor reconsidera a

fase pré-ediapiana nas mulheres com maior importância a partir de uma alteração na troca de seu objeto original da mãe pelo pai. Desta forma, passa a analisar a ligação da menina com a mãe e o encontro do caminho até o pai, com a mudança do objeto amoroso. Ele descreve essa relação entre a menina e a mãe como muito “rica e multifcada” (p. 233) e a relação com o pai, de rivalidade e hostilidade na disputa pela mãe. Essa fase primitiva, pré-ediapiana é apresentada como uma descoberta difícil de compreensão. “Tudo na esfera dessa primeira ligação com a mãe me parecia tão difícil de apreender nas análises – tão esmaecido pelo tempo e tão obscuro e quase impossível de revivificar – que era como se houvesse sucumbido a uma repressão especialmente inexorável” (p. 234). Em seguida, Freud (1931/1969I) comenta que analistas mulheres, como Jeanne Lampl-de Groot e Helene Deutsch perceberam com mais facilidade e clareza o que agora conseguia expor, talvez por conta da transferência adequada a uma substituta materna no processo de análise.

Em sua teoria sobre o desenvolvimento sexual feminino, Freud (1931/1969I) anuncia o longo período da intensa dependência da menina em relação à sua mãe, no qual o pai assume por herança a mesma ligação igualmente forte que outrora fora destinada ao primeiro objeto de amor. Nesse segundo momento, o autor também rediscute, sem conseguir modificar o cerne da questão, a virilidade do clitóris e a inexistência da vagina nos primeiros anos da vida sexual das meninas, justificando a transição que operaria entre as fases do caráter masculino e o feminino, quando ocorreria a modificação da zona erógena clitóris – vagina e o encontro com a feminilidade.

Freud (1931/1969I) desenvolveu três caminhos possíveis às mulheres: o abandono da atividade fálica, bem como da masculinidade em outros campos devido à insatisfação com seu clitóris; a homossexualidade como autoafirmação do pênis castrado; e a passagem à passividade, com a mudança de objeto amoroso – pai– conduzindo à feminilidade. Neste sentido, Kehl (2008) comenta que a separação da mãe constituiria mais do que uma mudança de objeto amoroso, seria a própria sexualidade que se transformaria na concepção de Freud de masculina em feminina quando a menina, identificada agora com sua mãe, voltaria seu amor para o pai.

Subsequentemente, Freud (1924/1969a) afirma que na dissolução do complexo de Édipo o ego da criança abandona e substitui por identificações as catexias do objeto amado, introjetando no ego a autoridade dos pais e formando o núcleo do superego, que assume a severidade e a proibição do pai contra o incesto. Nesse mesmo tempo, o sujeito dessexualizaria as tendências libidinais reprimindo-as quanto ao objetivo final sexual e transformando impulsos em afeição. De modo social, as cargas do objeto seriam substituídas pelas identificações junto

ao processo sublimatório na formação de ideais que compõem o supereu e o ideal do eu.

Ao longo do desenvolvimento de sua teoria da sexualidade, Freud reformou conceitos apresentados chegando a modificar algumas hipóteses. Kehl (2008) comenta que nesses momentos, na análise da perversão e do masoquismo, o pai da psicanálise modificou postulados importantes, redirecionando parte do trabalho que seria mais tarde explorado por pós-freudianos.

Segundo Kehl (2008), Freud, em 1927, ao analisar a perversão e a ideia de fetiche abre caminho para a ideia de um conceito fundamental para a Psicanálise: o caráter simbólico do falo. A partir desse momento “o estatuto fálico do pênis deixa de estar garantido tanto na teoria psicanalítica quanto no imaginário infantil: o pênis só é o falo quando se constitui como objeto de desejo materno, isto é objeto capaz de obturar a falta” (p.199).

Assim, também mais tarde, em “O problema econômico do masoquismo”, Freud (1924), citado por Kehl (2008), retorna às definições de masculino = ativo e feminino = passivo e reconsidera estas posições colocando-as em movimento, podendo ser ocupadas tanto por um quanto pelo outro, menino ou menina, independente do sexo biológico.

Diferentemente do que Freud propôs a mulher a caminho da feminilidade, o bebê falo para fazer-se mulher como a mãe, para Kehl (2008) a ideia de desejo materno instituindo o falo reorganiza a questão edípica com relação aos genitores, dispondo a sexuação a partir do recalque como organizadora do eu e da constituição de objeto na medida em que promove para a criança as identificações com o genitor do mesmo sexo e os desdobramentos simbólicos do falo, dando ênfase tanto no processo de identificação quanto nos processos inconscientes nos quais o sujeito ao longo da vida se dirige tentando se “reapoderar do que imagina ter perdido” (p. 203).

Nesse sentido, o complexo de castração que se consagra com a descoberta da percepção da falta na fase do primado do falo tanto por meninos quanto por meninas, na observação do corpo feminino, passa a ser visto pela psicanálise com perspectivas novas quanto à possibilidade de ressignificação no que concerne a todas as outras perdas vividas. A criança, e depois o adulto, atualiza a partir da castração as perdas: do seio materno, do amor do objeto, da sensação de completude ou mesmo a ferida narcísica, que remonta à percepção de não ser o objeto de desejo máximo do outro. Para Kehl (2008), Freud ensaia essa descoberta da castração como atualização de outras perdas nos textos de 1924 (“A dissolução do complexo de Édipo”) e 1925 (“Algumas consequências psíquicas da diferença sexual anatômica”) (p. 195).

Na conferência de XXXIII, Freud (1933[1932]/1969c) revisa alguns textos e conceitos e entre eles escreve o artigo sobre Feminilidade. Nessa época, aponta a masculinidade e a

feminilidade como características desconhecidas que fogem ao alcance anatômico, reformulando passividade e atividade como qualidades mentais psicológicas e a disposição bissexual do ser humano e demarcando o trânsito livre para as duas posições. Para as afirmativas utilizadas, recorre à observação da vida dos animais, na qual encontra em algumas espécies o macho dedicando-se exclusivamente ao cuidado do filhote e em outros exemplos a fêmea como forte e agressiva. Assim, comenta: “as mulheres podem demonstrar grande atividade em diversos sentidos; os homens não conseguem viver em companhia dos de sua própria espécie, a menos que desenvolvam uma grande dose de adaptabilidade passiva” (p. 116).

Nessa circunstância, o pai da Psicanálise passa a pensar as convenções e os costumes sociais como fatores fortemente influenciadores, como no caso da supressão da agressividade nas mulheres imposta socialmente e instituída historicamente, podendo ser favorecedora do que considera estar diretamente relacionado ao feminino como resultado do retorno da agressividade sobre o eu recalcado, denominado masoquismo, apesar do autor discutir novamente algumas questões importantes quando a feminilidade parecia ainda não conseguir se ampliar totalmente quanto ao processo de subjetivação da mulher na era vitoriana, precisando muitas vezes ser confrontado por analistas para dispor verdadeiramente das suas certezas (Freud 1933[1932]/1969c).

Muito do que foi rediscutido quanto à feminilidade foi atribuído pelo autor às mudanças promovidas por psicanalistas mulheres que começaram a trabalhar tais questões. De modo que observou:

[...] pois essas senhoras, sempre que alguma comparação parecia mostrar-se desfavorável ao seu sexo, conseguiram expressar a suspeita de que nós, analistas homens, não tínhamos conseguido superar determinados preconceitos profundamente arraigados contra aquilo que era feminino, e que esse fato estava sendo responsável pela parcialidade de nossas pesquisas (Freud, 1933[1932]/1969c, p. 117).

Assim, Freud (1931[1932]), apresentado por Kehl (2008), investigou as consequências da maioridade femininana intensa ligação pré-edipiana com sua mãe e sustentou que o desligamento da relação entre a menina e sua mãe no Édipo é peça fundamental não apenas para que se torne mulher, mas sujeito, conquistando independência em relação àquela que lhe deu a vida e com a qual é impossível seguir fundida e misturada.

A partir dessas novas considerações, o autor compreendeu que ambos os sexos atravessam as mesmas fases iniciais do desenvolvimento libidinal, sendo marcante nas palavras

de Freud (1933[1932]/1969c) como as diferenças entre os sexos tornam-se “completamente eclipsadas pelas suas semelhanças” (p. 118). Dessa forma, os meninos manipulam e obtêm prazer da mesma forma que as meninas fazem com seu clitóris. Quanto às sensações vaginais, Freud declara ter muitas dúvidas, por isso mantém o clitóris como principal zona erógena e a mudança do clitóris – vagina, é considerada como a mudança da feminidade.

Além dessa transformação relacionada à zona erógena, na fase edípica também ocorre uma modificação na escolha do objeto. Nessa época, convencido da vinculação da menina à mãe que pode perdurar até o quarto ano de vida, Freud observa sentimentos de caráter ambivalentes de natureza carinhosa / hostil e agressiva, mais tarde dando margem para o que outros autores como Lacan e Klein caracterizaram como amor e ódio, predominante nos relacionamentos. Voltando ao Édipo, a menina então nesse momento de intensa ligação com a mãe se posiciona de maneira a rivalizar com o pai, transferindo mais à frente parte de sua ligação com a mãe para o pai. Tornando este seu objeto amoroso, “espera-se que no curso normal do desenvolvimento ela haverá de passar desse objeto paterno para sua escolha objetal definitiva” (Freud 1933[1932]/1969c, p. 119).

Em síntese, Freud (1933[1932]/1969c) procura entender essa passagem da mãe para o pai buscando motivos que pudessem propiciar a mudança de objeto. Nesse sentido, desconfia inicialmente do desmame, da chegada de outro bebê, da proibição da masturbação feita pela genitora e da ambivalência de sentimentos que poderia, diante de frustrações, potencializar a hostilidade fazendo o amor sucumbir à agressividade acumulada. Para chegar a alguma conclusão, o autor procura seguir a mesma lógica, e por isso analisa e insere o menino, que ao vivenciar desapontamentos com a mãe como o ciúme e a sedução seguida de proibição do prazer genital, não se desliga da genitora, mantendo-a como objeto amoroso até o momento em que se sente atemorizado pela castração.

Em busca de um fator específico que conduza a menina ao pai, Freud (1933[1932]/1969c) aposta no complexo de castração que começa a ser vislumbrado quando as meninas veem o genital do sexo oposto e depois o de sua própria mãe. “A descoberta de que é castrada representa um marco decisivo no crescimento da menina. Daí partem três linhas de desenvolvimento possíveis: uma condiz à inibição sexual ou à neurose, outra, à modificação do caráter no sentido de um complexo de masculinidade, e a terceira, finalmente à feminilidade normal” (p. 126).

Para o autor, o amor dirigido à mãe fálica é abandonado com a descoberta da mãe castrada, com assunção da hostilidade. Assim, a menina volta-se para o pai, no desejo de possuir um pênis que será substituído pelo desejo de ter um bebê. Resumindo, o complexo de castração

prepararia a menina para o complexo de Édipo, em que esta se sentiria forçada a abandonar sua ligação com a mãe, entrando na situação edípica em busca do pênis perdido.

No caso dos meninos, Freud (1933[1932]/1969c) descreveu a fase fálica caracterizada de “intenso desejo pela mãe, contrastando com o desejo de eliminação do pai que o ameaça de castração e por isso, sob perigo, abandona o Édipo reprimindo-o e mais tarde instalando o superego”, que Freud declara ser o herdeiro do complexo de Édipo (pp.128-129). A castração no menino “conduz à criação de seu superego, iniciando assim todos os processos que se destinam a fazer o indivíduo encontrar lugar na comunidade cultural” (Freud 1931/1969l, p. 237).

Kehl (2008) discute a castração apontando que o filho – falo não deve ser menos frustrante para a mulher do que o próprio clitóris na situação pré-edípica, e diante de uma outra discussão mais adiante sobre o falo simbólico, aponta como tanto meninas quanto meninos, homens ou mulheres ao longo da vida se utilizarão de “recursos fálicos para tamponar a falta original, tentando encobrir a castração” (p. 207).

Há uma contradição entre os termos da análise freudiana sobre o Édipo feminino, principalmente no que tange à análise das perspectivas sociais e todas as implicações resultantes: se a maternidade lhe conferia um falo, por outro lado solicitava-se dedicação extremada, a qual lhe infringia aceitação do casamento, submissão e a deserotização. A esta imposição da moral vitoriana, Freud desconsiderou as consequências “inelutáveis do percurso desubjetivação feminino”, quando em sua teoria destinou todas as mulheres e seus interesses libidinais à posse do filho (Kehl, 2008, p. 210).

Kehl (2008), diante das perspectivas culturais, lança uma questão importante indagando quais seriam as possibilidades reais da mulher sublimar parte dos componentes eróticos destinados ao filho no plano das sublimações possíveis e no campo das identificações em nossa sociedade e em décadas anteriores.

O que está barrado para a mulher freudiana não é uma outra possibilidade de evolução nos destinos da libido a partir das dificuldades que ela tem que enfrentar no Édipo; o que a cultura ocidental dos séculos XVIII, XIX e começo do século XX interditou às mulheres foram outras possibilidades identificatórias; a única identificação permitida para a menina, de acordo com os ideais de seu gênero, e que lhe promete alguma perspectiva de gratificação libidinal é a identificação com a mãe, não enquanto mulher no sentido amplo (esta mulher ainda não existia), mas apenas na posição materna (p. 211).

Assim, para Kehl (2008), Freud (1920), em *O ego e o id*, diz da importância da identificação para o sujeito superar o Édipo, descrevendo-a como “uma espécie de sublimação” (p. 211) em que o libido objetal se transforma em libido narcisista e vem a constituir os ideais através de uma “reconstrução do objeto no eu” (p. 211), tema do próximo item a ser trabalhado neste capítulo.

No mesmo texto, Freud (1920), descrito por Kehl (2008), considera a existência de traços identificatórios com outras pessoas, para além da mãe e do mundo da maternagem, observando mulheres que viviam a sexualidade de uma forma mais livre, com traços em sua personalidade que apresentavam “os resíduos das identificações com os homens que ela amou” (p. 211). A partir dessa colocação, Kehl (2008) discute outras vias identificatórias para as mulheres, a começar pelo pai e inserindo outros homens através de relações amorosas e através da bissexualidade<sup>5</sup> no percurso edípico. Sendo a mulher capaz de se identificar com outros traços, outras possibilidades de desejo e de ideais poderiam “traçar modalidades novas de satisfação pulsional” (p. 211).

O complexo de Édipo "completo", que passa pelo amor e depois pelas identificações com os objetos de ambos os sexos, parece a Freud bem mais frequente do que a forma dita por ele mesmo "normal" e simplificada. Tal complexidade problematiza e enriquece consideravelmente a questão da sexuação, impossibilitando que a Psicanálise ofereça modelos para definir o que deve ser um homem ou uma mulher. O resultado mais geral da travessia edípica, conclui Freud, são "identificações enlaçadas entre si" com ambos os genitores (p. 212)

Em conformidade com essas reflexões, começa-se a pensar como a cultura organiza os ideais do eu e interfere nas construções de gênero, valorizando traços identificatórios ao mesmo tempo em que sedimenta caminhos e vias simbólicas possíveis para o sujeito em desenvolvimento em um processo de subjetivação.

#### 2.4 O conceito de identidade na psicanálise

Considerando que os processos de formação de identidade são de extrema relevância tanto para a compreensão do fator psíquico relativo ao período gestacional e puerperal da mulher primípara, na presença ou ausência do bebê, problematizaremos neste subitem seu conceito,

---

<sup>5</sup> “Por bissexual, leia-se: o que ainda não foi submetido ao recalque normalizador, produtor de uma sexuação estável para o sujeito” (Kehl, 2008, p. 212).

destacando os estudos que se referem de alguma forma especificamente ao mote de nossa pesquisa.

Com a finalidade de esclarecer definições conceituais na trajetória evolutiva da teoria psicanalítica e em seus postulados que caracterizam a utilização do termo identidade, ou melhor, do seu não uso devido ao fato do conceito resvalar em questões que parecem negar o sujeito freudiano e a singularidade, propõe-se direcionar esse item a articular os processos identitários aos processos psicossociais e pensar a identidade no processo de formação do narcisismo secundário, nos ideais do eu.

Dessa forma, o presente texto pretende compreender o acordo, ou melhor, o desacordo, em relação ao referido conceito na concepção psicanalítica, e por isso, buscou-se abarcar o desenvolvimento histórico dos termos: ego, narcisismo, identificação, libido, psicologia de grupo e processo civilizatório, dentre os quais, possíveis articulações parecem apontar para uma constituição do sujeito enquanto entidade individual e social. Sendo assim, o estudo seguirá com a construção e definição dos termos citados anteriormente para posteriormente discutir e problematizar a atualização que se faz deles, inclusive dentro de uma perspectiva contemporânea e de cunho social.

Historicamente, para Laplanche e Pontalis (2001) a noção de ego foi utilizada desde os primeiros trabalhos freudianos, atingindo destaque nos textos publicados entre 1894 a 1900. Antes disso, a partir da experiência com casos clínicos, o pai da psicanálise para os autores reformulou a concepção de ego “uno e permanente” (p.126) e estruturou a metapsicologia do aparelho psíquico, em que o ego aparecia como polo defensivo da personalidade, estruturando duas teorias tópicas do aparelho psíquico: Id, Ego e Superego; e Inconsciente, pré-consciente e consciente. Na primeira concepção, o ego será o mediador do id e superego e do ponto de vista dinâmico será o responsável por colocar os mecanismos de defesa em movimento, sendo considerado consciente, mas também abrigador de conteúdo do inconsciente (Laplanche & Pontalis, 2001).

No período de 1900 a 1915, para Laplanche e Pontalis (2001), Freud desenvolveu os dois grandes princípios de funcionamento do aparelho mental: o do prazer e o da realidade, em que ambos os conceitos se articulam às instâncias psíquicas id, ego e superego desenvolvidas anteriormente. O princípio de prazer estaria emparelhado ao id, com o objetivo de satisfazer os impulsos primitivos e existiria desde o nascimento. Já o princípio de realidade, assim como o ego, seria elaborado progressivamente a partir de seu contato com a realidade externa ao indivíduo, e suas exigências, com o suporte das pulsões de autoconservação. Nesse sentido, o

ego surgiria do id, a partir da realidade e se tornaria representante dela, devendo garantir gradualmente a dominação das pulsões sexuais.

Ainda para os autores em 1914, Freud alargou as noções de narcisismo, identificação e componentes ideais constitutivos do ego, acrescentando à teoria um funcionamento egóico e libidinal. Dessa forma, no texto *Sobre narcisismo: uma introdução*, Freud (1914/1969m) concluiu que o ego não pode existir desde o começo da vida, e por isso, ao longo do crescimento do indivíduo se desenvolve como um ego corporal (Freud, 1923/1969h), em que se encontrariam desde o início os instintos autoeróticos, para só depois, em uma etapa posterior do desenvolvimento, através de uma “nova ação psíquica”, ser provocado o narcisismo (Freud, 1914/1969m, p.84). Logo, o narcisismo seria uma etapa “intermediária necessária” (p. 77) entre o autoerotismo e o amor objetual de suma importância para a constituição do sujeito, que através de seu contato com o mundo exterior, transmitiria aos objetos parte da libido contida na catexia original do ego e do id, vinculando-se ao mundo externo.

A construção da teoria do narcisismo concebe “o ego como reservatório de libido ligado ao instinto de autoconservação e aos instintos sexuais que, posteriormente, seriam separados desse se ligando aos objetos” (Freud, 1914/1969m, p. 84). Nos estágios iniciais do desenvolvimento do sujeito, a libido estará concentrada no próprio indivíduo, denominado como período do autoerotismo e narcisismo, para depois ser destinada a objetos por meio de identificação, processo em que o ego pode achar-se intimamente modificado a partir da introjeção do objeto e de seus traços que podem modificar a organização do eu (Laplanche & Pontalis, 2001).

Após o desenvolvimento da ideia de narcisismo e o processo identificatório como constitutivo do ego, Freud (1914), conforme mostrado por Laplanche e Pontalis (2001), ampliou a teoria anterior e incluiu nessa relação o corpo, as pulsões e o mundo externo, associando a realidade das ideias culturais e éticas à submissão dos instintos libidinais via repressão, ora consciente e ora inconsciente, para atingir a satisfação que outrora o indivíduo desfrutou e perdeu por não conseguir estar à altura de tantas exigências externas. Parte desse estudo sistematizado configura-se na formação de um ego ideal, em que o sujeito renuncia ao narcisismo de sua infância para se impor um padrão, um lugar ideal em busca de nova satisfação que o permita reocupar o lugar imaginário na relação com o outro.

Dentro da perspectiva de uma nova posição narcísica, o “ego ideal torna-se agora o alvo do amor de si mesmo desfrutado na infância pelo ego real. O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal que, como o ego infantil, se acha possuído de toda perfeição de valor” (Freud, 1914/1969m, p.100). Na troca do narcisismo por esse ideal, o sujeito

sublima instintos libidinais e negocia por via do ideal seu lugar, de acordo com as primeiras exigências dos pais, depois da sociedade e de outros representantes.

A terminologia ideal do ego circunscreve o assunto da identidade, o que torna essencial o aprofundamento teórico conceitual em sua centralidade, assim como de seu entorno para a compreensão da resolução do ideal do ego e da diferenciação do próprio ego. Segundo Zimermam (2008), “os textos de Freud, as expressões ego ideal (*idealich*), ideal do ego (*ichideal*) e superego aparecem, na maioria das vezes, de forma indistinta e com uma conceituação superposta” (p. 202). Ulteriormente, o ego ideal foi sendo solidificado como herdeiro do narcisismo original e mais à frente, conectado ao superego. Em obras posteriores de pós-freudianos, tais nomenclaturas foram trabalhadas de forma a ampliar o campo hipotético.

A concepção original está no texto *Ego e o Id*, elaborado em 1923, um dos últimos grandes trabalhos de Freud que a partir de 1920, descrito por Laplanche e Pontalis(2001), concebeu um alargamento do ego, agrupando funções como censura, percepção, teste de realidade, motilidade e outros, assim como considerou processos inconscientes e conscientes como partes de seu sistema, potencializando a operação desse aparelho, as vezes com “autonomia” e outras vezes com “heteronomia”, por estar subordinado ao mundo externo, à libido do id e à severidade do próprio superego (p. 134).

A gradação do ego chamada de `ideal do ego` ou `superego` foi enunciada no texto *Sobre narcisismo: uma introdução*, e adiante retomada no escrito *Ego e Id*. Essas ideias foram discutidas com as identificações efetuadas na mais primitiva infância, envolvendo as escolhas objetais do complexo de Édipo, em que sua dissolução proporcionaria um arranjo especial do ego em relação ao conteúdo das futuras identificações (Freud, 1923/1969h).

O superego nessa complexização das relações do ego surge para reprimir o complexo de Édipo, tornando-se herdeiro da lei, na sua extensão histórica e também cultural, que Freud (1923/1969h) denomina como “herança do desenvolvimento cultural” (p. 48). Nela, as características importantes do desenvolvimento do indivíduo, assim como da espécie humana são perpetuadas na subsequente repetição em diversas culturas de leis de proibição, como a do incesto. Um estudo mais aprofundado, com o nome de *Totem e Tabu* estabeleceu a lei do incesto como representativa da castração do pai e antecessora essencial para a institucionalização das relações de parentalidade com a fundamentação do superego (Freud, 1913[1912-13]/1969o).

A teoria e o desenvolvimento do conceito de superego estão diretamente ligados à construção do ideal do ego. Ambos correspondem aos anseios pelo pai para, em um *posteriori*, serem substituídos pelas proibições morais sob a forma de consciência ao longo do processo civilizatório. Mais tarde, o autor complementarará o raciocínio sobre a base dos sentimentos

sociais, sugerindo que eles “repousam em identificações com outras pessoas, com o embasamento de possuírem o mesmo ideal do ego”, propiciando a formação de vínculo entre membros de um grupo – instância pela qual o ego se guia no ideal de perfeição com o emparelhamento da criação de modelo e padrão para si próprio junto aos demais (Freud, 1923/1969h, p.49).

Temos como representantes desses complexos paternos a religião, a moralidade e o senso social, que foram sendo desenvolvidos com a evolução do grupo de organismos, tornando-se parte do mundo externo e também do próprio ego e do id.

As experiências do ego parecem, a princípio, estar perdidas para a herança; mas, quando se repetem com bastante frequência e com intensidade suficiente em muitos indivíduos em gerações sucessivas, transformam-se, por assim dizer, em experiências do id, cujas impressões são preservadas por herança. Dessa maneira, no id, que é capaz de ser herdado, acham-se “abrigados resíduos das existências de incontáveis egos; e quando o ego forma o seu superego a partir do id, pode talvez estar apenas revivendo formas de antigos egos e ressuscitando-as” (Freud, 1923/1969h, p. 51).

Ao pensar a herança cultural transmitida de geração a geração, as características e a evolução histórica da identidade de alguns povos relacionadas à especificidade cultural podem associar o superego e o ideal de ego como sistema responsável por organizar o conjunto de identificações via “administração da culpabilidade e da estabilidade narcísica (polo de articulação do individual com o social), na criação de padrões identificatórios geradores de identidade”, como mostrou Mezan (1993), conforme citação de Tenenbaum (1996, p. 13).

Em toda obra psicanalítica há muitas formulações sobre o ego e os processos identificatórios, nos fazendo pensar como a identificação constitui o sujeito a partir das relações objetais, compondo a diferenciação, combinação e vinculação na sociabilização da vida coletiva e o próprio processo de individuação como movimentos centrais da identidade, não como sinônimo de caráter e personalidade anteriormente utilizado pela psicologia, mas como parte do processo de subjetivação da divisão da vida pública e privada com emergência da individualidade, na articulação do reconhecimento e pertencimento da dimensão civilizatória.

Segundo Tenenbaum (1996), Freud, em 1908, no texto *Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna*, faz alguns estudos psicossociais em relação ao processo civilizatório e aos processos identificatórios quando estuda a adaptação social articulada aos processos repressivos da constituição libidinal. Tenenbaum (1996) considera essas formulações como os primeiros estudos da interação da libido com a civilização e com a cultura, fundamentais para a compreensão do sujeito e a rede de significados e representações em

relação a si mesmo em certa temporalidade. A partir dessas conjecturas, podemos pensar que a relação do homem com o espaço e tempo que o atravessam o constitui à medida que esses lugares se modificam e o convocam a novas posições e acomodações em relação ao mundo externo, ao mesmo tempo em que interfere na mediação da subjetividade e da própria identidade.

Assim, Freud (1908/1969g) reconhece a moral sexual civilizada e sua influência no desenvolvimento da civilização por um lado como fator que estimula os homens a uma intensa e produtiva atividade cultural, e por outro lado, capaz de incidir na produção da doença nervosa na vida moderna civilizada. Desta forma, para Freud (1908/1969g) os neuróticos são:

[...] uma classe de indivíduos que, por possuírem uma organização recalcitrante, apenas conseguem sob o influxo de exigências culturais efetuar uma supressão aparente de seus instintos, supressão essa que se torna cada vez mais falha. Portanto, eles só conseguem continuar a colaborar com as atividades culturais com um grande dispêndio de energia e às expensas de um empobrecimento interno, sendo às vezes obrigados a interromper sua colaboração e a adoecer (p.177)

Aqui o autor faz algumas observações de como o pacto civilizatório é refletido na dinâmica das neuroses e perversões, e mais adiante, conjectura o adoecimento de homens e mulheres, relativizando a moral e a cultura como fatores que operam diferentemente na quantidade e qualidade do represamento dos sujeitos e seus instintos de acordo com o tempo em que vivem.

Quanto ao instinto sexual, Freud (1908/1969g) destaca a especial repressão que a mulher recebia na sua época em que era conduzida até o casamento em total abstinência e como essa situação a deixava sem recursos psíquicos para elaborar o enlace conjugal e a relação sexual, apontando essa condição de supressão sexual da mulher como precursora da interdição do pensamento feminino, assim como de sua suposta inferioridade intelectual.

Refletir a subjetividade dessas mulheres a partir da suposição de que a identidade traduz-se por constância e analogia, sem variação temporal, seria traçar a linearidade do sujeito sem considerar os processos sociais que o constituem em sua singularidade própria de um tempo e espaço. No campo da ciência, tanto na área de humanas quanto na historiografia, a questão da identidade, e mais especificamente da identidade narrativa nas últimas décadas, tem sido encarada como metodologia de pesquisa, inclusive enquanto material biográfico, começando a partir de 1980 a ser usado com valor documental, agrupando o testemunho do vivido à compreensão dos fenômenos sociais. Sendo assim, tal perspectiva de pesquisa não só aciona a

“dimensão individual da história”, como também favorece o “entrecruzamento de experiências sociais plurais” (Oliveira, 2017, p.437), confrontando a identidade narrativa do indivíduo com a experiência do tempo e colaborando com a discussão do processo de subjetivação do sujeito na modernidade e a necessidade da historicização de etapas anteriores para compreensão da dimensão subjetiva e sociológica (Oliveira, 2017).

Na contemporaneidade, a categoria do sujeito cartesiano idêntico em si mesmo ou relegado à ilusão do sujeito fictício pela visão do filósofo Nietzsche será problematizada por Ricoeur (2014), mostrado em Oliveira (2017), com a noção de ipseidade, sujeitando o núcleo identitário à “dinâmica mutável da condição temporal” na produção de singularidade, ao mesmo tempo em que a noção de mesmidade, que se refere ao “conjunto de disposições e traços, implicará em outra modalidade de permanência no tempo”, que remeterá à justaposição da manutenção e declaração de si mediante a uniformidade (p. 440).

Nesse sentido, a identidade teria algo que se repete na instância social, sendo capaz de produzir coletividades por estar dentro de uma lógica estrutural e fazer parte de um aprendizado coletivo que reflete um ideal do ego, assim como um processo de subjetivação histórico que reflete “acordos” entre o superego cultural e o individual.

No texto *Psicologia de Grupo e a Análise do Ego*, Freud (1921/1969i) define o ideal do ego como a função da consciência moral, auto-observação e da censura dos sonhos, em que a repressão gradualmente reuniria as influências do meio ambiente para impor as exigências ao ego e lhe propor um ideal que será marcado por uma conjugação histórica e cultural. Assim, faz-se uma análise desses fenômenos mentais produzidos por essas formações sociais, questionando a natureza da alteração mental que esse arranjo forja no indivíduo.

Os membros de uma nação, profissão, instituição, gênero, engendram uma espécie de mente coletiva em que condicionam um patamar do sentir, pensar e agir diferente do qual seria se o indivíduo estivesse isolado, resultando em um “produto de um substrato inconsciente criado na mente” que seria repassado aos descendentes, gerando inúmeras características comuns (Freud 1921/1969i, p. 84).

Para Freud (1921/1969i), nesse sentido cada indivíduo é uma parte componente de numerosos grupos, achando-se ligado por vínculos de identificação e laços libidinais que substituem “o pai primevo pelo ideal do grupo” (p.138) e direciona-se segundo o modelo eleito em que cada sujeito de forma particular, ou mesmo em grupo, irá conflitar entre o ego e o ideal do ego/superego. Reflexão assim explicitada em seus estudos: “Cada indivíduo, portanto, partilha de numerosas mentes grupais, podendo também elevar-se sobre elas na medida em que possui um fragmento de independência e originalidade” (p. 139).

Diante disso, pode-se concluir que o processo civilizatório acha-se intimamente imbricado ao desenvolvimento do indivíduo e do superego cultural, denominação que Freud(1930 [1929]/1969f) utilizou para designar e diferenciar a formação do superego do grupo do indivíduo, na perspectiva de afirmar que “a comunidade desenvolve um superego sob cuja influência se produz a evolução cultural”(p. 144) através do estabelecimento de exigências e de ideais que norteiam a repressão a fim de garantir a vida comunitária e os avanços nas aquisições dos conhecimentos científico, artístico e educacional. Nesse movimento, o homem abre mão de um prazer individual para viver em sociedade e conjugar garantias como a sobrevivência e coletivamente, conseguindo se proteger contra a violência da natureza e da pulsão de morte e coabitando a Terra sob o ajuste dos relacionamentos mútuos em um pacto civilizatório (Freud, 1930[1929]/1969f).

Desse modo, o indivíduo submete os instintos e sujeita-os ao princípio de realidade, encontrando desprazer na recusa do mundo externo em satisfazê-los. Assim, procura várias formas de tentar lidar com a impossibilidade de obter prazer, seja evitando o sofrimento, por vezes se intoxicando, outras vezes sublimando-o ou satisfazendo-se através de processos psíquicos internos por via de aniquilamento dos instintos, ora por rejeição do mundo externo, ora por remodelamento delirante da realidade, ou mesmo se apropriando de autonomia com relação ao mundo - tornando-se disposto a alterá-lo a fim de adaptá-lo a seus desejos (Freud, 1930[1929]/1969f). Parte dessas escolhas será realizada por via de identificação inconsciente e consciente, na qual a introjeção de traços acontecerá dialeticamente ao movimento do indivíduo, segundo leis que implicarão a manutenção da promessa de felicidade e segurança como parte significativa do processo de instrumentalização do pacto civilizatório.

Nesse sentido, o elemento base da civilização encontra-se na regulação dos relacionamentos sociais na substituição do poder do indivíduo pelo poder dos sistemas dos ideais – religiosos, econômicos, políticos – que reconfiguram a formação do psiquismo e do desejo estabelecendo uma ordem à vida, segundo Freud (1930[1929]/1969f).

A ordem é uma espécie de compulsão a ser repetida, compulsão que ao estabelecer um regulamento de uma vez por todas, decide quando, onde e como uma coisa será efetuada, e isso de tal maneira que, em todas as circunstâncias semelhantes, a hesitação e a indecisão nos são poupadas (p. 100).

Assim sendo, a capacidade do sujeito de autogovernar-se torna-se questionável dentro de uma estrutura que restringe lugares a serem ocupados e manipula toda uma ordem social, de forma que os indivíduos se desconheçam e alienem-se quanto à operacionalização do sistema

fomentado, principalmente por um modelo econômico neoliberal. Devido às modificações culturais e econômicas nas últimas décadas, principalmente dos anos 70 pra cá, temos uma mudança na modernidade quanto à intensificação da regulação social, dos dispositivos de controle e das relações de poder, o que exerce sobre o psiquismo e a singularidade diversas formas de opressão e dominação da subjetividade, desempenhando inclusive sob a percepção e o pensar um regulamento que ordena a vida e controla modelos identitários, como explicitou Foucault (1979; 1982/1994), citado por Peixoto Jr. (2004).

Assim, os autores Birmam (2017), Dunker (2017) e Mezan (2017) discutem em *Subjetividade Contemporânea: Crise da Identidade Moderna*, a modificação do sujeito equalizado que se ocupava de problemas existenciais e que vivia intensa interiorização quando passa a conceber a vida a partir de uma lógica de mercado em que a produtividade torna a subjetividade mercadoria moderna e o indivíduo passa a se ocupar de problemas imediatos que servem a uma ideologia que gerencia a vida. Nesse contexto, a própria Psicologia e a Psicanálise passam a se ocupar do sofrimento desses sujeitos dentro de uma lógica capitalista no sentido de colaborar, dispondo seus conhecimentos psicológicos e formas de trabalho em favor da lei da obediência.

A crítica que a Psicologia recebe na década de 70 é de que transforma problemas sociais em problemas individuais e ignora a realidade política e social do sujeito. Somente após os anos 80 ocorre uma mudança significativa da Psicologia no contexto brasileiro, quando ao final do período ditatorial inicia-se o processo de democratização, o que provoca um reordenamento das classes dominantes perante as lutas sociais da camada trabalhadora (Lacerda Jr., 2013). Após as modificações políticas e econômicas desse momento, a Psicologia se aproxima dos grupos de baixa renda, ampliando o campo de atuação profissional, que segundo Campos (1983/2010), mencionado por Lacerda Jr. (2013), possibilitou redefinições teóricas- metodológicas fundamentais para o seu crescimento, enquanto ciência.

Diante desse cenário, novos conceitos, novas metodologias, novas práticas surgiram na Psicologia Brasileira. Isso não resultou no desaparecimento de uma Psicologia que prioritariamente “atendia elites dominantes e justificava ou reforçava relações sociais desiguais e injustas, mas abriu espaço para o fortalecimento de manifestações de teorias e práticas mais críticas” como mostraram Bock (1999; 2003) e Guzzo (2007) descritos por Lacerda Jr. (2013, p. 225). Na Psicanálise, o resultado dessa crise de identidade na modernidade fez ressurgir discussões que retornam a Freud em textos que têm perspectivas sociológicas e antropológicas. Vários psicanalistas abordaram o tema recentemente em uma série de entrevistas sobre subjetividade contemporânea e crise da identidade moderna. Dentre eles, Mezan (2017),

Birman (2017) e Dunker (2017), entre outros. A quantidade de textos produzidos a partir das últimas décadas em que identidade e Psicanálise dialogam demonstra o interesse da interlocução da teoria freudiana com os sintomas contemporâneos e formas identitárias para pensar o sujeito e sua constituição diante do fenômeno complexo da cultura, inclusive enquanto sua própria singularidade e possibilidades de resistência.

Em síntese, se antes à psicanálise não era possível falar sobre identidade devido ao fato de a teoria estar mais implicada na construção de uma clínica de caráter ainda individual, hoje torna-se essencial tal discussão com o advento da modernidade e de modificações importantes que o século XVIII trouxe com o Movimento Iluminista e que conduziram o homem a ideários sobre a razão e sua forma de viver a natureza e a sociedade.

Assim, a concepção de identidade ao longo dos anos dentro das ciências filosóficas, antropológicas, sociológicas e psicológicas sofreu mudanças em bases etiológicas com o intuito de abarcar o fenômeno social na construção do sujeito moderno. Nesse contexto, a Psicanálise também buscou se articular e compreender a proveniência de seu objeto – o homem, o que a levou a se aproximar das demais áreas do conhecimento devido ao movimento do mundo contemporâneo e globalizado, que a colocou frente a frente com outros discursos, como também a convocou a se apresentar e dar explicações a questões insurgentes do mundo contemporâneo. Nesse ínterim, parte dos pós-freudianos constataram a necessidade de atualizarem a teoria psicanalítica, dando-lhe maior consistência e retomando seus fundamentos, tendo por base a modernidade em suas urgências e peculiaridades, de modo a discutir sintomas contemporâneos da vida civilizada e com eles as construções identitárias.

Desse modo concluímos que o estudo da identidade sob as novas perspectivas psicanalíticas que busca compreender o homem em seu contexto a partir de um história anterior torna-se fundamental para compreensão da subjetividade na constituição da parentalidade, a qual nos debruçaremos a seguir no terceiro capítulo com vistas a analisar o material das entrevistas narrativas e a experiência de cada mulher em seu processo de singularização, na construção de referenciais próprios que permitam a legitimação do sofrimento e o reconhecimento de sua trajetória de luto como mulher e mãe.

## Capítulo 3

### Percurso Metodológico

#### 3.1 Metodologia

A metodologia utilizada no trabalho de investigação do nosso objeto de estudo caracteriza-se pela pesquisa qualitativa, que tem como objetivo estudar o significado da vida das pessoas, nas condições da vida real; representando suas opiniões e perspectivas acerca dos processos identitários após o impacto da perda. Com a finalidade de alcançar múltiplas representações que possam evidenciar o contexto material, subjetivo e histórico na construção do lugar materno, serão abordados conceitos existentes e emergentes dentro da própria psicologia e da psicanálise na discussão da parentalidade (Yin, 2016).

Para tanto, foram realizadas entrevistas narrativas a fim de gerar dados que, posteriormente, foram analisados dentro de cada “unidade-caso” que representa o indivíduo em um contexto definido. O estudo caracterizou-se como transversal e o recorte permitiu a seleção das participantes por meio da amostragem intencional a partir de critérios de inclusão e exclusão estabelecidos: mães primíparas com idade entre 25 e 35 anos; gravidez planejada ou desejada; casos sem diagnóstico que apontassem a intercorrência e o luto antecipatório; estar cronologicamente no primeiro ano da morte do filho(a); com sintomatologia que caracterize luto e puerpério; não ser paciente atendido pela pesquisadora e a perda ter ocorrido depois das 23 semanas gestação. O projeto de pesquisa foi divulgado em grupos de *WhatsApp* de mães e grupos virtuais específicos que abordam a perda gestacional e, por intermédio da indicação das coordenadoras e participantes desses grupos, alcançou-se três mulheres interessadas em participar das entrevistas narrativas.

Destarte, a investigação foi feita por meio de entrevistas narrativas com mães primíparas, que perderam seus filhos(as) entre 0 e 27 dias de vida, o que é caracterizado como morte neonatal precoce ou tardia. O registro das histórias autobiográficas foi realizado em consultório particular, local apropriado a um *setting* acolhedor, livre de interferências externas, contendo como mobília: mesa, cadeira, armário, poltrona, sofá e divã.

##### 3.1.1 Definição do objetivo geral e específico

Com a expectativa de apreender como a perda impõe ao psiquismo o processo de elaboração frente aos discursos do ideal do eu, nossa pesquisa tem como objetivo geral

compreender os processos subjetivos envolvidos na reparação de traços identitários maternos após a perda neonatal no contexto da modernidade. Como objetivos específicos visamos: (a) identificar parte dos processos psíquicos envolvidos na elaboração da experiência no campo parental; (b) compreender os atravessamentos sociais e as vias simbólicas possíveis articulados à transição da maternidade na morte neonatal; (c) entender como as mulheres vivenciam o processo identitário materno diante da perda.

### 3.1.2 Tipo de estudo

A pesquisa será do tipo exploratório, que tem como objetivo “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses” (Gil, 2002, p. 63). Pode-se dizer que esse tipo de abordagem tem como objetivo principal o aperfeiçoamento de ideias. Assim, o planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que permite a consideração dos mais variados aspectos referentes ao caso a ser estudado. Esse tipo de pesquisa envolve: “(a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que “estimulem a compreensão”(p. 63).

### 3.1.3 As narrativas de vida como metodologia de pesquisa

A pesquisa autobiográfica, segundo Souza (2006/2016) representa um momento significativo no cenário das pesquisas que reanimam dimensões ligadas à subjetividade e às perspectivas que aproximam histórias pessoais à processos formadores. Através desse método, compreender-se os sentidos que os sujeitos imprimem às suas vivências a caminho da validação, na busca de representação de si mesmos e da própria realidade (Ataide, 2016).

Ainda segundo Ataide (2016), essa “modalidade de história oral dirige seu foco especialmente para a experiência pessoal do entrevistado, enfatizando sobremaneira seus processos subjetivos e sua(s) identidade(s), tomando como base a história de vida” (p. 7391). A autora ainda comenta que neste testemunho verbal, ao recontar sua história pessoal, o sujeito revisa, reconstrói e ressignifica o passado e o presente, criando sua “própria versão, recriando sua experiência pessoal” (p. 7400).

Durante o relato da vida pessoal, as experiências individuais são apresentadas e reapresentadas, criando possibilidade de novos caminhos e compreensões acerca da realidade e dos processos identitários (Ataide, 2016). Portanto, as narrativas autobiográficas podem ser

como momentos privilegiados de rememoração e transformação por parte do sujeito, que experimenta nesse exercício oral, a possibilidade da reconstrução de uma nova assimilação de si, dos sentidos da vida e do mundo (Lechner, 2016).

#### 3.1.4 As etapas das entrevistas

**Preparação:** Como recomendado por Bertaux (2010) o caderno de campo com todas as anotações foi organizado como um roteiro de entrevista, com a lista de questões que fazem parte do tema de estudo e deveriam ser abordadas. Nesse mesmo caderno foi anotado observações relevantes sobre as falas durante a entrevista, assuntos ou fatos que foram retomados após a narrativa, reflexões para o estudo e qualquer dado que tenha sido possível considerar importante para análise posterior dos dados.

**Início da Entrevista:** Após breve *rapport*, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este termo consiste na explicitação dos objetivos da pesquisa, assegurando o caráter sigiloso das entrevistas e a possibilidade de desistência do participante a qualquer momento, assim como o levantamento de dúvidas. Em seguida, o entrevistado foi encorajado a contar sua vida e começar a narrativa, com a pergunta disparadora feita pela pesquisadora: “*Gostaria que você me contasse sua história...*”.

A partir da segunda entrevista, a fim de contemplar pontos identificados na entrevista anterior relacionados a questões do tema em estudo, foi solicitado a(s) entrevistada(s) que desenvolvesse mais alguns pontos, com frases como: “*Conte-me mais sobre...*” ou “*fale-me mais sobre...*” (Bertaux, 2010).

**Acompanhamento da entrevista:** Durante a narração, a atenção e o interesse foram demonstrados com murmúrios aprovadores, evitando a interrupção da fala. Somente após a finalização natural da narrativa, foi feito perguntas, para compreender lacunas da história e lógica da ação, assim como solicitado ao entrevistado que descrevesse melhor “determinados campos de possibilidades que ele atravessou” (Bertaux, 2010, p. 84), com a descrição de norma e regra da cultura do meio em que estava inserido.

**Finalização:** Com o término da narrativa a gravação foi suspensa. E todo comentário interessante, mesmo que informal foi registrado no diário de campo para análise posterior. A cada finalização da entrevista foi verificado junto à participante as condições em que essa se encontrava, com perguntas – “como se sente?” – ou observações – “você tem o tempo que precisar para se preparar para sair do consultório” – e junto a essas intervenções foi oferecido suporte psicológico quando necessário.

Entre uma entrevista e outra, antes de dar continuidade a narrativa foi questionado como a participante se sentiu ao narrar todos os acontecimentos, a fim de saber o impacto da lembrança, as condições psicológicas e possibilidade de elaboração entre um encontro e outro. Algumas observações feitas pelas entrevistadas seguem dando importância ao método na possibilidade de visitar e iniciar um processo elaborativo. Após as entrevistas, foi feita a transcrição das narrativas; posteriormente, a análise e a geração de dados para pesquisa.

### 3.1.5 Procedimentos

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética e após seu assentimento, este foi divulgado em grupos virtuais de mães. Inicialmente o convite à participação da pesquisa foi publicado em grupos de apoio à perda neonatal e gestacional no Instagram e depois em grupos de *WhatsApp* de mães, em que através do fenômeno “Bola de Neve” (*Snowball Samplig*), em que um participante da pesquisa indica o outro, alcançou-se três mulheres interessadas em participar e a narrar suas histórias. Após cada sinalização positiva em participar do projeto foi feito o contato via telefone para verificar a disponibilidade das participantes e agendar a primeira entrevista. As entrevistas foram realizadas em consultório, cada entrevista teve dois encontros e tiveram a duração de aproximadamente 60 minutos. No primeiro encontro a pesquisadora explicou sobre os objetivos da pesquisa, sobre a gravação dos encontros e o aspecto sigiloso das informações coletadas. Assim, foi lido o Termo de Consentimento, seguido da assinatura com cópia entregue a cada uma das participantes.

Inicialmente em planejamento prévio haviam sido definido seis entrevistas, mas devido ao contexto da pandemia de 2020/2021 da Covid-19, o número de participantes foi reduzido. Segundo os protocolos de saúde vigentes o ambiente disponibilizado para a realização das entrevistas pela pesquisadora não oferecia todas as condições adequadas, que seria uma sala com uma adequada ventilação natural. Dentro dessa perspectiva, pensou-se uma segunda alternativa, tentou-se fazer uma das entrevistas por meio de videochamada, respeitando a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e mantendo em conformidade as Resoluções propostas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) – n. 466 de 2012 e a de n. 510 de 2016. A entrevista feita por videochamada foi a segunda da participante S.E., sendo que a primeira havia sido presencial com a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, junto a explicação da metodologia e assinatura. Como a gravação do áudio dificultou a transcrição, não foi dado prosseguimento a este formato, de modo que o número de entrevistas foi reduzido de 6 para 3, e as restantes acabaram por ser realizadas em consultório, em ambiente fechado, com

ventilação por meio do ar-condicionado.

### 3.1.6 Análise e interpretação dos dados

Segundo Bertaux (2010) o material analisado será o registro da transcrição das narrativas junto às anotações feitas durante a entrevista no diário de campo. Para o autor deverão ser extraídas da narrativa de vida, somente as significações pertinentes ao objeto da pesquisa que adquirirem o “status de indícios” (p. 89). Essas significações devem ser relativas a diferentes “níveis ou ordens de realidade” que precisam ser esclarecidas e exemplificadas (p. 89).

Assim, Bertaux (2010) sugere que a análise seja feita em três ordens de realidade:

- a) a realidade histórico-empírica que “inclui não só a sucessão das situações objetivas, mas também a maneira como o sujeito viveu, avaliou e agiu no momento” (p. 92);
- b) a realidade psíquica e semântica “constituída por aquilo que o sujeito sabe e pensa, retrospectivamente, de seu percurso biográfico, resultando na totalização subjetiva que o sujeito fez de suas experiências” (p. 92);
- c) a realidade discursiva que abrange a “narrativa em si mesma, como é produzida na relação dialógica da entrevista, correspondente àquilo que o sujeito quis dizer do que sabe” (p. 92).

Como forma de análise das narrativas foi utilizado a análise compreensiva, conforme as orientações de Bertaux (2010), que se configura no sentido da busca pela reconstituição da estrutura diacrônica, ou seja, na recomposição do encadeamento de situações e ações que possibilitem compreender a causalidade sequencial. De modo inclusivo que possam ser reencontrados em outras narrativas de vida, o que permiti reportar a lógicas sociais, “um dos desafios centrais da análise compreensiva consiste, precisamente, em identificar aquelas que remetem a um mecanismo social que marcou a experiência de vida” sem perder de vista os percursos de vida em seus contextos sócio-histórico (p. 108).

### 3.1.7 Cuidados éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação. Entretanto, para além das formalidades que envolvem as questões éticas, compreendemos a necessidade de se levar em consideração os cuidados éticos com os sujeitos voluntários da pesquisa. Dessa forma, tendo em vista que as mulheres ao “contar” suas experiências vividas podem ter

intensificado seu sofrimento, a pesquisadora ficou atenta a sinais de fatores de risco à integridade física e psíquica das entrevistadas disponibilizando atendimento psicológico de apoio, com o número de sessões necessários para cada uma delas, conforme prevê o art. 8, parágrafo 2, do Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia[CFP], 2005).

Em apenas um caso, foi oferecido o suporte sendo que os demais não houve necessidade porque ambas as mulheres estavam sendo acompanhadas em processo psicoterapêutico. Após a finalização das entrevistas duas mulheres mantiveram contato com a pesquisadora compartilhando reflexões acerca da perda e da constituição de sua identidade por mensagens de texto.

### 3.2 Descrição da história das participantes narradoras

A descrição da história das participantes narradoras visa a reconstituição diacrônica com objetivo de reunir os fatos de acordo com sua evolução no tempo e sucessão de situações e ações que possam vir a esclarecer acontecimentos num encadeamento de causalidade, a fim de contextualizar cada história, ao mesmo tempo em que se busca identificar possíveis mecanismos sociais que marcaram a experiência de vida para posterior discussão dos casos e análise compreensiva.

Assim, para Bertaux (2010), “a reconstituição da estrutura diacrônica não é apenas uma operação técnica” (p. 108), mas um processo pelo qual o analista prepara o terreno em busca de caminhos que estejam dispostos em uma causalidade sequencial, susceptíveis de ser reencontradas em outras narrativas de vida.

#### 3.2.1 Narradora J.A.

A narradora aqui nomeada por J.A. relatou em entrevista narrativa que o desejo de ser mãe sempre existiu e que aumentou quando ela e o marido decidiram morar juntos. Declarou haver uma cobrança por parte da família, principalmente depois que ela e o marido se tornaram o único casal sem filhos. Diante do desejo de ser mãe e depois de alguns anos de união estável sem engravidar, buscou fazer acompanhamento com ginecologista. Nesse meio tempo sem tomar nenhum remédio contraceptivo, engravidou em 2018, porém teve um aborto espontâneo com 4 semanas de gestação. Contou que descobriu que estava grávida na segunda-feira e no

domingo perdeu a criança, mencionou que ficou completamente arrasada e que para sua surpresa, em menos de dois meses engravidou do segundo filho, J.T.

Narrou uma gravidez tranquila até o 8 mês, quando em um ultrassom foi detectado líquido em excesso na placenta. Por nunca ter ouvido falar sobre o problema e ter poucas informações de seu médico, passou a pesquisar o assunto principalmente na internet. Em conversa com o médico que a acompanhava questionou o que poderia acontecer e a resposta foi a recomendação de que começasse a tomar injeção para que o pulmão do bebê pudesse amadurecer porque o parto poderia acontecer antes que a gestação completasse as 40 semanas. Assim, foram indicados e realizados vários exames a pedido médico com o intuito de investigar o caso e saber se havia algo de mais grave com o bebê.

Faltando aproximadamente 25 dias para o parto, em um exame de ultrassom e doppler, foi detectado que o bebê estava com líquido na caixa craniana e o médico comentou que possivelmente ao nascer a criança iria passar por uma cirurgia para colocar uma válvula para a drenagem.

Nesse momento, J.A. contou que entrou em desespero e diante da situação sua irmã marcou uma consulta com outro obstetra. O novo profissional solicitou outros exames e retirou o excesso de líquido da placenta. Após o procedimento, J.A. relatou sentir maior facilidade em respirar e menor desconforto, decidindo a partir de então ser acompanhada pelo novo obstetra, sentindo-se mais segura com o modo como este conduzia o caso. Comentou sobre a postura do primeiro profissional e de como sentiu que ele havia desconsiderado a vida do filho quando optou por operá-la em uma maternidade que não tinha UTI, sem pensar no agravamento da situação e colocando a vida do filho em risco. Outra circunstância que a chateou foi a negativa do médico em lhe dar um atestado quando pensou em parar de trabalhar para ter mais tempo para investigar o que estava acontecendo com ela e o filho.

Nesse ínterim, a cada retirada do excesso de líquido, ocorria seu posterior aumento, o que fez com que o médico responsável decidisse adiantar o parto em 15 dias. Dessa forma, J.A. passou por uma cesariana, a criança nasceu com problemas respiratórios e uma má formação que a mãe não soube identificar pelo nome. No terceiro dia de internação, J.A. recebeu alta, mas ao levantar-se da cama do hospital sentiu-se mal e a irmã solicitou ao médico da instituição a visita da psicóloga hospitalar. J.A. definiu essa conversa com a profissional como uma preparação para sua ida até a UTI neonatal, o que aconteceu apenas no dia de sua alta. Até então, recebia notícias do filho através do marido e de outras pessoas da família. Descreveu o momento da visita ao filho como muito difícil, momento que a desestabilizou emocionalmente.

Nos dias seguintes à sua primeira visita, a criança foi transferida para outro hospital para que pudesse fazer alguns exames mais completos e precisou ser reanimada e entubada. J.A. contou que o filho respondia aos estímulos, reconhecia a voz dela e que o neurologista havia dito que o problema da hidrocefalia era ameno. Após sete dias do parto, durante o retorno com o obstetra, J.A. recebeu uma ligação do hospital solicitando a sua presença para novas informações. Nesse dia, a criança veio a óbito. Chegando à clínica, informaram que o corpo já havia sido transferido para em uma sala que ficava no andar de baixo. Nesse momento, J.A. insistiu muito que precisava ver o filho e o pessoal responsável a levou até o local onde se encontrava o corpo do recém-nascido.

O enterro foi feito no mesmo dia a pedido do marido, pai da criança, mesma semana do Natal. Após o sepultamento, J.A. enfatizou em seu relato como a casa foi se esvaziando, as visitas diminuindo e com o início da pandemia, como se sentiu e ficou cada vez mais sozinha. Relatou dificuldade de se levantar da cama, escovar os cabelos, comer e se arrumar; experimentou um sentimento de impotência por não ter conseguido manter o filho vivo, assumindo sentir culpa, vergonha e dificuldade em se reconhecer e se olhar no espelho.

Contou como a morte do filho afetou a relação dela com o marido (que estão juntos há quase 12 anos) e percebeu como cada um lidava de forma diferente com o próprio luto, conseqüentemente com o quarto do filho, roupas e outros pertences. No primeiro ano da morte do filho pararam de conversar e ela precisou dizer ao marido como estava se sentindo com tudo que estava acontecendo, principalmente com o distanciamento dos dois.

J.A. relatou que encontrou nesse momento o Grupo de apoio a perdas gestacionais no Instagram e passou a participar, mais escutando do que falando. Descreveu o espaço virtual como acolhedor e de importante identificação. Narrou como foi difícil a volta ao trabalho e como posteriormente decidiu tirar a licença maternidade por perceber que não conseguiria retornar naquele momento, após a morte do filho. Contou como essa decisão despertou questionamento das pessoas até mesmo da família com relação à licença, como se sem o bebê não houvesse justificativa para esse tempo sem trabalhar.

A entrevistada comentou ao final do encontro como participar da pesquisa com sua narrativa lhe possibilitou se olhar no espelho pela primeira vez, sentindo que parte dela ainda estava viva; como esse encontro consigo foi capaz de proporcionar paz e amor próprio e passou a perceber o quanto estava silenciada até aquele momento. Ela relatou que desde então tem tentado verbalizar cada vez mais como realmente se sente.

### 3.2.2 Narradora J. E.

Nossa segunda entrevistada, aqui denominada J.E., relatou que sua vontade de ter filhos manifestou-se apenas após o casamento e o convívio com a enteada. Nessa relação percebeu que apesar de cuidar da enteada, não conseguiria ser reconhecida como mãe nem pela menina de 10 anos, nem pelo esposo, e que esse foi o principal motivo pelo qual decidiu engravidar. A princípio o marido relutou com a ideia, mas depois cedeu e decidiram tentar. Assim, logo ela parou de tomar o contraceptivo e depois de um ano, engravidou. Contou que antes disso passou mal e todos ficaram muito felizes, enfatizou o fato de o marido ter reagido com euforia e a frustração dela descobrir que não estava grávida e sim anêmica. Desse dia em diante decidiu não mais engravidar. Meses se passaram até que ela novamente desconfiou que poderia estar gestante e recebeu o resultado positivo do teste beta, momento que descreveu com a sensação de sentir o chão se abrir e cair dentro.

J. E. relatou que as pessoas de sua família estavam felizes e ela não. Assim, houve uma piora em seu quadro de saúde que já não vinha evoluindo bem, de modo que passou a somatizar e vomitar até mesmo após ingerir água, sentindo-se cada vez mais doente. Meses depois, quando descobriu o sexo do bebê, intensificaram-se os sentimentos de rejeição ao bebê em formação e as sensações corporais de mal-estar aumentaram.

Algumas pessoas passaram a dizer a ela que quando o bebê mexesse ou nascesse, ela sentiria amor e então passaria a esperar por esses momentos, mas na maioria das vezes sentia que a bebê estava fazendo mal a ela e em alguns momentos chegou a questionar por que a filha estava fazendo isso. O sofrimento se intensificou muito conforme a gestação evoluía e além do vômito frequente, a pressão sanguínea passou a aumentar, fazendo com que precisasse ir ao pronto-socorro. Em uma dessas consultas, durante um exame de ultrassom na emergência do hospital, foi detectada a diminuição do líquido da placenta e ela ficou internada para mais exames, sob suspeita de pré-eclâmpsia e síndrome de Hellp. Conta que no hospital, tanto os profissionais quanto os familiares ficaram assustados diante de sua frieza perante a possibilidade da morte da filha.

Diante da gravidade do caso, os profissionais responsáveis decidiram fazer uma cesariana de emergência mesmo a gestação tendo somente 28 semanas para tentarem resguardar a vida da mãe e da filha. J.E lembra da cesariana, de como o encontro com a filha não mudou nada do que sentia e como as pessoas ao redor reagem com indignação a isso. No hospital, ficou durante algum tempo na UTI e depois foi para a enfermaria. Recebeu a visita de duas psicólogas, uma enquanto estava na UTI e outra quando foi transferida para enfermaria. Após relutância, concordou em ir até a UTI neonatal com a psicóloga, foi quando viu a filha pela

primeira vez depois do parto. Descreveu a filha como muito pequena, com 31 centímetros e 500gramas.

Relatou durante a entrevista que a psicóloga insistiu para que ela pegasse a bebezinha no colo e estimulou que falasse com ela. J.E. não quis pegar a filha, mas falou com ela e o coração da criança acelerou nesse momento, fazendo-a imaginar que a havia reconhecido. Contou como na enfermaria, junto com outras mães e o choro dos bebês, o peito vazava leite e como estava com raiva de estar naquele lugar, como culpava a filha por ter atrapalhado a vida dela e fazendo-a sentir tanta dor.

Contou como uma conversa com o marido ainda durante a internação foi importante para ela e que se sentiu pela primeira vez um pouco mais tranquila e confortada quando ouviu-o falar do amor que sentia pela filha e por ela. Durante a entrevista demonstrou ressentimento em relação ao marido por ele ter se afastado durante a gestação, relatando se sentir sozinha e não ter sido compreendida.

J.E. disse que momento da preparação de sua alta foi marcado pelo questionamento da psicóloga sobre como se dariam as visitas à filha, ainda hospitalizada. A resposta foi imediata: *“de que não voltaria mais aquele lugar”*. A psicóloga respondeu que acionaria o Conselho Tutelar caso ela não aparecesse mais no hospital. Nessa mesma noite, durante a madrugada, J.E. sentiu seu coração disparar, prevendo a morte da filha, e foi até UTI, conversou com a bebê e falou sobre seus sentimentos. Contou como tudo aconteceu, pediu perdão e disse à filha que a amava.

No decorrer da entrevista, em seus fragmentos de fala, J.E. relata que sentiu o perdão da filha naquele momento e depois disso dormiu bem, o que fez seus exames irem melhorando gradativamente. Decidiu então retornar ao hospital para fazer as visitas todos os dias à filha na UTI. A criança teve alguma melhora, entretanto, depois de 9 dias de nascida, faleceu. A entrevistada descreveu a ocasião com a chegada dela e do marido ao hospital como um momento dramático. O marido entrou em desespero, pegou a filha no colo e gritava enquanto J.E., calma, pedia a ele que a deixasse segurá-la em meio aos profissionais que trabalhavam na UTI. Comentou que durante as visitas uma enfermeira sempre a estimulava a pedir aos médicos que a deixassem pegar a filha no colo e lamentou que isso só tenha ocorrido após a morte da bebê.

Após a notícia do falecimento, J.E. começou a lidar com todos os trâmites a respeito do velório e enterro da filha. Descreveu a reação das pessoas no velório, tentando a afastar do caixão e impedir que sofresse com essa memória. Diferente do que recomendaram, ela diz ter acompanhado todos os procedimentos, seguindo toda a cerimônia póstuma até o enterro, quando decidiu sepultar junto ao corpo o diário que escreveu durante o período de gestação. A

entrevistada relatou que mais tarde percebeu como as memórias que tinha foram sendo perdidas e sentiu falta de ter guardado o diário, assim como os pertences da filha.

J.E. relatou como foi difícil conviver com o marido após a morte e sepultamento da filha, como pensou em se separar e como se arrependeu de ter doado todo o enxoval da filha imediatamente após o ocorrido, tentando evitar as lembranças. Após a morte da filha, recebeu um telefonema em que foi informada sobre o surgimento de uma vaga para iniciar a psicoterapia pelo SUS. Ela havia dado entrada neste requerimento há meses, quando ainda estava grávida, período de grande dificuldade financeira. Contou como o tratamento a ajudou a perceber a rejeição vinculada ao vômito e a não aceitação do sexo da filha, proveniente provavelmente de uma experiência traumática de abuso que ela mesma vivenciou quando criança, e como ser escutada estava fazendo com que conseguisse entender tantas coisas relacionadas aos seus sentimentos e à gravidez.

Contou como a mãe cuidou dela nos primeiros quinze dias de luto e como seguiu criteriosamente o período de resguardo, fazendo algumas atividades apenas após os 90 dias do parto. Relatou como voltar para casa foi para ela como se a ficha começasse a cair e como os dias seguintes a fizeram experimentar sentimentos antagônicos com relação a todos os acontecimentos que envolviam a filha. Sentiu culpa, desejo de morte e uma certa confusão mental, passando dias deitada e sem vontade de fazer nada. Meses após o falecimento, iniciou um movimento de tentativa de reparação e reconciliação consigo e com a filha, sentindo a necessidade de voltar ao cemitério para arrumar o túmulo, ao mesmo tempo em que procurava por grupos de apoio a mães que estavam na mesma situação que ela, de perda, encontrando no Facebook o grupo intitulado `mães de anjo`.

J.E. finalizou sua entrevista falando sobre se os comentários negativos dos funcionários do cemitério, que menosprezaram a perda de sua filha e as homenagens por ela prestadas, juntamente com o marido: *“Gente, mas é besta! Começou a rir da nossa cara. Um sol desses e tá mexendo com defunto!”* e como achar o grupo de mães e se sentir aceita modificou seu modo de lidar com algumas memórias e a relação dela consigo. Comentou por fim como tem vontade de engravidar novamente e como vem se cuidando e investigando se tem algum problema de saúde, por conta da gestação complicada e o quadro de pré-eclâmpsia e a síndrome de Help, de modo que tem feito acompanhamento médico na esperança de ter uma gravidez saudável, diferente da primeira.

### 3.2.3 Narradora S.E.

A terceira entrevistada, aqui denominada por S.E. relatou que somente depois de um ano de casada ela e o marido decidiram tentar engravidar. Após um mês e meio conseguiram, o que foi uma surpresa para ela. Descreveu a gestação como um momento muito especial, em que se sentiu muito segura e firme para tomar decisões relacionadas à vida profissional e se posicionar, assim como sentiu muita vitalidade e disposição, algo surpreendente. Relatou que a gravidez foi um período diferente em sua vida, que permitiu a ela ter um novo olhar sobre si, sendo possível ressignificar muitas coisas.

Contou que engravidou na mesma época que a irmã e a melhor amiga engravidaram, que isso era bom, mas também era ruim por conta das comparações que sempre faziam. Nessa mesma época, houve um surto do vírus da Zica e pelo fato de estar se sentindo muito bem, percebeu que amigos e familiares cuidavam mais da irmã e da amiga do que dela.

S. E. trabalha como servidora pública, como assistente social e resolveu em fevereiro tirar umas férias para o Sul, quando estava com 31 semanas de gestação. Nessa viagem com o marido, em uma das primeiras noites acordou assustada e com medo, sentindo que o bebê não estava mexendo, foram ao hospital e em consulta foi verificado que o filho estava bem e os batimentos cardíacos estavam normais. Assim, os dias de viagem se seguiram tranquilos e conseguiu aproveitar e curtir os momentos. No último dia da viagem, comeu um sanduíche e não se sentiu muito bem, indo ao banheiro a madrugada toda. Na manhã seguinte, dia do voo de retorno à Goiânia, decidiram ir ao hospital e chegando lá o médico demorou a perceber que ela estava em trabalho de parto. O bebê nasceu chorando e teve que usar sonda de alimentação.

Ela e o marido ligaram para os pais avisando todos os familiares sobre o nascimento do filho. A irmã que estava grávida e é médica pediu que retornassem para Goiânia em UTI aérea, mas eles decidiram ficar. Organizaram com a família como poderiam vir e ajudar ao mesmo tempo em que começaram a entrar em contato com quem conheciam da cidade que estavam a passeio para que pudessem receber ajuda até que retornassem a Goiânia após a alta hospitalar. S.E. contou que segundo o médico o filho precisava apenas ganhar peso.

A entrevistada salientou como a UTI neonatal era humanizada e como eram as visitas, que pegava o bebê no colo, cantava para o filho e tirava o colostro com a ajuda do marido. Com três dias de nascido foi prescrita uma medicação para infecção ao filho e antes de darem alta a ela, durante uma visita ao bebê, com o filho em seu colo, os aparelhos conectados a ele começaram a apitar e ela e o marido foram retirados da UTI para que a equipe pudesse prestar os primeiros socorros. Lembrou de forma muito emocionada como ligou para o pai para contar o que se seguiu: *“pai, o G.[filho] não resistiu”*. Lembra-se de ele ter falado: *“oh minha filha”*.

Depois que a criança veio a óbito, a equipe a chamou e ao marido e perguntou se queriam se despedir. Relatou nesse momento sentir-se um pouco perdida e ter necessidade de ser conduzida pela equipe de saúde. Assim, ela e o marido entraram em uma sala de cirurgia, onde estava o corpinho do bebê e ela beijou o filho, agradecendo os momentos vividos. Depois, foi ao encontro do marido e agradeceu a ele também e então passaram aos trâmites legais para a liberação do corpo e posterior sepultamento.

Para dar entrada na papelada para cremação contou com a ajuda daqueles que chegaram por intermédio dos amigos de Goiânia e narrou toda a dificuldade de estar em outra cidade em pleno carnaval e o comércio, os órgãos responsáveis, estarem fechados. O fato de não ter comprovante de endereço para lidar com a parte burocrática tornou todo o processo mais difícil e doloroso. Relembrou a despedida no aeroporto das pessoas que recebeu ajuda e a viagem com a urna contendo os restos mortais do filho nas mãos, a chegada a Goiânia, a cerimônia junto aos familiares e a reação de alguns perante a morte do filho impactando em seu processo de luto e em sua maternidade 'interrompida'.

Contou como foi entrar na maternidade para visitar a irmã que tinha um mês a mais de gestação e a sobrinha recém-nascida. S.E. salientou que nesse momento do nascimento da sobrinha, ela e o marido perceberam que os sentimentos se misturavam, que foi difícil separar as emoções e como no momento da entrevista, vivendo sua segunda gestação, grávida de 20 semanas do segundo filho, tentava ainda separar seus medos e anseios.

De volta a Goiânia, a licença a maternidade foi revogada quando comunicou o falecimento do filho e comentou sobre sua indignação. Explicou que a justiça considerou como licença maternidade 3 dias e transformaram em licença saúde os 60 dias, o que seria equivalente a dois meses, diferente do que teria direito, os 6 meses, por ser funcionária pública. Ela e o marido começaram a ler e recolher informações sobre licença maternidade e a organizar um documento para entrar com processo legal reivindicando seus direitos.

A entrevistada lembrou que saber sobre a revogação de sua licença a deixou arrasada e que recebeu suporte emocional de uma mãe de anjo que conheceu pela internet nesses meses. O casal entrou com recurso para uma nova perícia médica e ameaçou entrar com mandado de segurança. Como ela e o marido trabalhavam em um órgão de justiça, conseguiram recolher decisão de um desembargador que concedeu a licença e embasaram sua defesa de modo que na segunda perícia ganharam a causa.

S.E. contou como estudando o seu e outros casos se deparou com projetos de leis em outros estados sobre a licença maternidade e foi montando um dossiê. Nessas pesquisas também encontrou um projeto de criação da semana de sensibilização de perda gestacional e neonatal

no município de Araraquara, apresentado pela equipe do vereador Andrei, que estava entrando em contato com ela para agendar uma palestra com outro tema, entretanto ela aproveitou a oportunidade e acabou propondo a ele o desenvolvimento desse projeto no município de Goiânia. *“olha eu não tenho condições de dar essa palestra, mas gostaria de propor um projeto de lei”* (fala de S.E.).

Desse modo, ela e o marido apresentaram o projeto na tribuna da câmara. Nesse momento S.E. entrou em contato com o Grupo de Apoio a Perdas Irreparáveis (API) e pediu à equipe de psicólogas que comparecessem ao evento, posteriormente solicitando a elas uma parceria para que o projeto tivesse extensão em ações sociais. O projeto de lei ganhou o nome do filho de S. E.

Ela comentou como perder um filho na fase perinatal faz com que muitas vezes as pessoas não reconheçam a maternidade e paternidade daqueles que experienciaram o nascimento e a perda. Narrou como se engajou nessa luta e aos poucos foi deixando que os grupos continuassem sem sua presença tão assídua como no começo do projeto para que ela pudesse se envolver com a nova gestação e como ainda vive momentos confusos, de medo e angústia associados à perda do filho.

### 3.3 Discussão e análise das entrevistas narrativas

#### 3.3.1 Análise da entrevista narrativa J.A.

O caso da entrevistada J. A. começou com um diagnóstico intrauterino confuso quando estava com aproximadamente 8 meses de gestação. Nesse último mês, o excesso de líquido na placenta e a condição do bebê modificaram a trajetória de uma gestação saudável, mobilizando mãe e família na busca de compreender os acontecimentos e possíveis diagnósticos que pudessem afetar a vida do filho e da gestante.

J.A. relatou que sentia falta de ar e os pés ficavam muito inchados, mas mesmo assim, continuava trabalhando normalmente. Angustiada com essa situação agendou consulta com o médico que a acompanhava:

*Perguntei se ele não poderia me dar o atestado pelo menos para dar uma pausa para investigar melhor. O médico disse que não. Então o que eu pesquisei na internet é que seria alguma coisa com a mãe, né?! Poderia ser diabetes, a diabete gestacional ou a causa toxoplasmose, ou outros tipos de doença. Fizemos vários exames. Não deu nada comigo. Então provável que seria com bebê.*

Diante da insegurança quanto ao diagnóstico e da desconfiança com relação ao médico, com ajuda de familiares J.A. decidiu mudar de obstetra e ressaltou como sentiu que se não tivesse feito essa opção, possivelmente não teria conhecido o filho, porque o médico anterior sequer havia cogitado escolher uma maternidade que tivesse UTI neonatal para o parto. *“Ele queria me operar na maternidade que não tinha UTI e eu falei para ele, mas já que a gente sabe que tem alguma coisa com bebê até a gente conseguir uma UTI... Ou seja, ele praticamente descartou o bebê, digamos assim, pelos problemas que teria”*.

Nesse trecho de sua entrevista, notamos que J. A. parecia revisitar momentos de dor que, ao longo da narrativa, tentou elaborar. Isso pode ser percebido na forma como expôs o que poderia ter feito, o que conseguiu fazer e ao frisar como todas as suspeitas e o “não saber” qual era o problema real de saúde do bebê a deixou vulnerável. Ao afirmar que o médico “descartou o bebê” também demonstrou ter sido, ela mesma, objeto do descarte.

A troca de obstetra aconteceu com a ajuda da irmã e a conduta diferenciada do novo profissional com relação ao desconforto físico que sentia pelo excesso de líquido e a atuação mais humanizada transmitiram a ela maior segurança, principalmente, porque a vida do filho passou a ser considerada, como ela esperava. A investigação acerca do problema do filho continuou, assim como as dúvidas a respeito do diagnóstico e das situações futuras que enfrentariam. A fala do médico, segundo J.A., reafirmou o “não saber” a respeito do estado de saúde da criança: *“Ele disse: J.A. não tem como eu dizer nada do bebê porque pelo doppler não dá pra ver nada, mas fizemos um procedimento de retirada do líquido, o que deve aliviar a sua falta de ar[sic]”*

Conforme foi avaliado o caso, o médico decidiu antecipar o parto e o filho nasceu com problemas respiratórios, uma má formação que ela não soube dizer o nome. J. A. permaneceu na maternidade por 3 dias após o parto e no dia da alta, antes de visitar pela primeira vez o filho na UTI, passou mal ao levantar-se da cama. Até então, as notícias que tinha do bebê eram dadas pelo marido.

*Passei mal e o médico disse que praticamente foi do meu emocional[sic]. Eu sabia que ele [o bebê] não estava bem, mas eu não sabia o que era, né!? Meu marido falava, “... oh, Amor, a gente está fazendo tudo que é possível, ele está bem, está respirando com dificuldade, mas a gente vai conseguir sair dessa” e na quarta, quando eu desci, eu me [riso de nervoso] desestabilizei emocionalmente.*

Logo após a visita à UTI, J.A. relatou que chorou muito, principalmente porque não queria ir embora e gostaria de ficar no hospital com a criança, o que nos faz inferir que passar

mal ao ter levantado da cama estava interligado com sua partida, a separação do filho e o receio de como iria encontrá-lo pela primeira vez após o parto.

Segundo Szejer (1997), citado por Folino (2014), a dor da separação pode ter reverberação intensa no inconsciente, podendo inclusive reativar conflitos anteriores e lutos não elaborados. Soubemos pela narrativa de J.A. que anterior ao nascimento deste filho e a separação dele no parto, ela vivenciou duas outras perdas recentes: a morte do pai e do primeiro filho, o que nos leva a pensar em como o encontro com este filho e a possibilidade de sua perda poderia estar interligada aos lutos que ainda estavam sendo elaborados.

A investigação sobre a saúde do bebê continuou após o parto e podemos consideramos nesse sentido como a falta do diagnóstico pode ativar fantasias com as quais a mãe tentou lidar diariamente na realidade durante esse período de incertezas. Segundo Iaconelli (2007), a possibilidade de uma patologia no campo das más formações reaviva os fantasmas das deformações que povoam o psiquismo dos pais durante a gestação, trazendo a cena temida para o concreto. Desse modo, quando J.A. passou a ter contato com o filho em visitas na UTI neonatal, assim referiu-se ao bebê e seu tratamento parecendo nos desmitificar um pouco esse imaginário no campo das deformidades:

*Muito forte J. T.[filho]muito forte mesmo, respondia a todos os sinais, eles falavam... “tem má formação de não sei o quê, fazia exame e dava negativo, aí tem tal doença, fazia exame dava negativo”. E aí ele foi transferido numa quinta-feira para o Materno Infantil, porque nenhuma das clínicas tinha um dos exames que ele precisava fazer.*

J.A. mencionou ainda que o bebê reagia à sua presença e a reconhecia: “*Ele conhecia minha voz, abria os olhos, sorria, resmungava [risos]*”. Com as visitas e a criança respondendo, J.A. começou a estabelecer um vínculo maior com a criança e a depositar esperança em sua recuperação. Mas, em uma dessas visitas percebeu que os fios que ligavam os aparelhos ao corpo do bebê estavam todos em lugares diferentes, conforme relata:

*Você não entende da aparelhagem, mas você passa a entender tudo, aí a médica veio e disse que ele teve uma parada à noite, que foi difícil de reanimá-lo, mas que tinha conseguido e que tinha sido bom porque o pulmão tinha dado uma liberada de ar e passou a funcionar legal, que desceria com ele para fazer o exame. A gente precisava de fazer uma tomografia da face para ver qual que era esse problema respiratório para fazer algum procedimento.*

O médico passava todos os dias bem cedinho e falava: “*Olha J.A, realmente era o que a gente tinha pensado né, que era realmente alguma coisa respiratória, mas o pessoal está fazendo tudo que é possível. Aí ele falava: força! Bora levantar, bora estimular esse os seios pra poder sair o leite*”.

Aqui, é possível perceber a ambivalência no processo de investimento libidinal na criança a partir da condição e de uma posição que coloca a vida em risco. Ao longo da narrativa, J.A. reitera a sofrida sensação do não saber, do não poder nomear o que de fato se passava com o bebê e com ela ao afirmar que é visível que existe algo que ninguém sabe o que é, mas que segue confirmando que o bebê não está bem. O encorajamento das pessoas ao redor de que ela deveria se levantar, estimular os seios sob a hipótese de que, com a parada respiratória, “*o pulmão da criança funcionaria melhor*”, foi recebido com ansiedade, medo e inquietação. A incongruência entre as mensagens recebidas, os fatos ocorridos e as sensações experimentadas diante das dificuldades que surgiam parece-nos mobilizar um conflito interno que perpassa seu contato com o filho ainda na UTI.

O fragmento a seguir da entrevista com J.A. demonstra a fragilidade da vida da criança e a necessidade dela de se afastar para que os batimentos cardíacos se estabilizem, algo que nos faz questionar como essa mulher se sente ao tentar investir em um bebê que poderá morrer.

*É, o neném sempre mexia quando ouvia a minha voz. Elas pediam pra mim [sic] dar uma afastadinha, aí eu esperava. Pra mim não triscar nele, dá uma afastadinha, esperava ver se os batimentos voltavam, porque o batimento dele caía né? Quando escutava a minha voz[sic] e isso, na quarta-feira. Aí eu lembro de tentar não chorar porque ela [psicóloga] falou, porque tipo ele sentiria pela alteração de voz esse tipo de coisa.*

Um outro fator importante a se observar no relato de J. A. diz respeito a como o vínculo, as experiências vividas com o filho vivo e com o filho morto são atravessadas pelos aspectos institucionais, conforme é possível observar na descrição acerca da comunicação da morte do bebê:

*Ligaram do hospital pedindo que fôssemos até lá. Chegando lá, infelizmente ele já tinha falecido. Aí eu pedi pra ver o corpo e aí eles disseram que já tinha descido com ele para outro lugar e tal. Eu insisti que eu queria ver, meu marido disse que não ia descer, ficou para ligar para minha mãe e para o pessoal. Então eu desci para uma salinha que tinha no hospital, ele já estava embaladinho dentro de um saquinho, aí eu pedi a moça se eu não poderia pegar, ela falou que não podia, ela pegou a cadeira para que eu pudesse sentar, eu sentei e fiquei conversando com Deus. Digamos que encontrei força na fé porque senão não sei o que seria de mim [...]. Até hoje eu me pergunto como que eu cheguei até aqui [chora]nesse*

*dia de hoje, entendeu? E aí ela pediu para eu sentar, eu sentei e ela falou: “eu não posso fazer isso, mas vou colocar ele no seu colo por dois minutinhos”. E ela colocou ele no meu colo e foi quando eu peguei ele, mas o corpinho praticamente como se estivesse dormindo quietinho, calmo, olhar sereno, calminho ali. Eu peguei ele e agradei a Deus pela oportunidade, né!? De ter ficado com ele durante uma semana, porque praticamente com outro médico essa chance seria de 1% digamos, né!?*

Apesar de não ter sido falado tão claramente pelos médicos ou os demais membros da equipe, a todo momento a morte do filho parece uma possibilidade que fica em suspenso. A ligação do hospital para J.A. e a solicitação da sua presença a deixou em alerta e ela começou a rezar durante o trajeto. Ao chegar na instituição, a morte do filho é confirmada e para encontrá-lo novamente precisou de uma nova autorização. Essa situação nos chamou a atenção considerando que deve ser uma cena que se repete diversas vezes nesse contexto devido à ausência de protocolos para lidar com a morte perinatal, ficando o corpo como objeto e dejetado do outro. Isso mostra a importância e a urgência de se discutir a perda perinatal no âmbito da psicologia e das demais ciências da saúde e promover estudos conjuntos que comprovem como o contato com o filho após a morte pode auxiliar os pais no processo de luto e na crença de que tudo que estão vivendo é realde acordo com Bowlby (1973/1998), mostrado por Carvalho e Meyer (2007).

Parece-nos que ao longo do caminho J.A. foi percebendo inconscientemente esse lugar do filho e, respectivamente, o seu próprio lugar e começou a insistir, resistir, na ausência de uma outra pessoa que poderia tomar essa atitude por ela. Revisitando a narrativa, no início ela conseguiu trocar de médico com a ajuda da irmã e pareceu se dar conta da importância de ter feito essa troca. No momento em que recebeu a notícia do óbito, ela insistiu em ver o filho apesar do marido não querer ver, parecendo-nos estar consciente da necessidade dessa atitude, de como é preciso revestir o lugar materno diante da ameaça do desmentido. Outro aspecto que nos chamou atenção nessa entrevista foi como o filho morto, na visão da instituição, passou a despertar à mãe, o que pode ser observado quando o hospital levou o corpo e o embalou. No entanto, ao tratar o bebê morto como apenas um corpo, um objeto que precisava ser despojado, a instituição e a equipe se contrapuseram ao olhar da mãe que continua a enxergar o filho. Ela relatou que “era como se estivesse dormindo quietinho calmo, olhar sereno”.

Nesse sentido, consideramos como a mulher elaborou psiquicamente esse percurso. O filho, que antes estava em seu ventre, passou a fazer parte do mundo e estar no mundo da instituição que autorizou ou desautorizou o contato sem que a equipe se desse conta de que, mesmo diante da morte do bebê, o vínculo ainda existia e os aspectos afetivos deveriam ter

proeminência em relação aos trâmites institucionais. Segundo Iaconelli (2007), a “formação do vínculo se assenta sobre as entranhas do psiquismo materno desde a gestação e se deve à identificação com o objeto e sua potencialidade” (p. 619). Ao longo da narrativa de J.A. a identificação com o objeto vai se confirmando e a sua perda acontece em pleno investimento libidinal, provocando um abalo narcísico na imagem do eu, como apontou Quinet (1997), citado por Medeiros (2020), que origina a experiência de dor no luto, a qual vamos abordar mais a frente, conforme relato da entrevistada. Aqui, um outro fator se desponta como um dado fundamental para se entender a subjetividade da mãe diante da perda perinatal, que tem a ver com a imagem idealizada do eu. Após a morte do filho, J.A. relata experimentar sentimentos de vergonha quando entra em contato com as outras pessoas, conforme se segue:

*Após a morte, a vontade era de não levantar. Passei vários dias sem pentear cabelo, sem escovar, tomava banho porque tinha que tomar banho, tentava tomar café da manhã no quarto, eu não queria sair do quarto, me senti envergonhada (pesquisadora pergunta: envergonhada?) envergonhada, engraçado o sentimento assim, tipo de impotência, eu não consegui [chora] (pesquisadora pergunta: não conseguiu o quê?) ter o bebê, como se eu tivesse parte, culpa entendeu? Eu sei que a gente fez o que poderia fazer, o que estava ao nosso alcance, precisasse de fazer qualquer procedimento fora, eu sei que a gente correria para tentar salvar a vida dele, mas tenho esse sentimento, ainda hoje.*

Nesse trecho, J.A. nos contou como se sentia em relação às pessoas: “*envergonhada*”. Isso nos fez pensar sobre como essa mulher (que historicamente foi destinada a “ser mãe”) se sentiu ao não conseguir ter um filho: envergonhada e incompetente simplesmente por não ter se julgado capaz de gerar um bebê vivo e perfeito. Atravessada por uma dimensão social, nos questionamos quanto às fantasias que passam a operar nesse momento e o lugar que sobra a ela nessa estrutura, inclusive quanto ao campo das identificações. O sentimento de vergonha diz de uma falha que J.A. acha que cometeu diante das metas e exigências a cumprir do ideal do eu.

O ideal do Eu é uma instância de incitação que impele o Eu, em um primeiro momento, a reconquistar a perfeição perdida e, depois, a procurar fora de si os objetos parciais ou totais idealizados, objetos que vai internalizar para se obrigar a eliminar, por dentro, a lacuna que o separa do ideal. Portanto, é o narcisismo que é constantemente solicitado e incita o Eu a se ultrapassar para “estar à altura” de sua imagem idealizada (Gaulejac, 2014, p.110).

Essa imagem idealizada faz consonância com o conteúdo valorizado pela nossa cultura, como uma saída para a mulher a partir do modelo identificatório tornar-se mãe. Desta forma, a

vergonha segundo Gaulejac (2014) caracteriza-se por um sentimento de inferioridade ligado ao medo de não estar à altura, demonstrando como os processos psíquicos estão interligados aos processos sociais, como refletem as palavras da entrevistada. O estudioso explica que:

Por sua vez, o ideal do Eu fixa exigências idealizadas que solicita ao Eu que atinja. Ele está na origem do sentimento de inferioridade vivido quando o Eu se vê incapaz de realizá-las e do sentimento de vergonha quando é posto em xeque, o que lhe transmite uma imagem desvalorizada de si mesmo (p.111).

Nesse sentido, o sentimento de vergonha e de que não há nada que possa oferecer às pessoas vai penetrando as relações sociais de J. A., fazendo-a se afastar do convívio com os outros e evitar um contato mais próximo.

*Eu sinto, vamos ver se eu consigo achar a palavra... é como se... é como se eu não tivesse o que oferecer para as pessoas. É como se eu não tivesse nada para oferecer [chora]em tudo, em uma fala, em uma conversa, em tudo. Senti isso quando eu consegui a licença maternidade, todo mundo falava para mim não pegar... “para quê que você vai tirar licença maternidade?” até porque licença maternidade é para cuidar da criança.*

Na ausência do bebê, o que J.A. podia oferecer às pessoas? Em luto, sem o filho nos braços, o que tinha a oferecer? Diante do desmentido e da não validação do luto e da própria experiência da gestação, do parto, do nascimento e da vivência com o filho, nos perguntamos: qual é o lugar social em que essa mãe pode ancorar o processo identificatório que estava em andamento?

Após a morte do bebê, J. A. recebeu os familiares em casa e depois da partida deles e o início da pandemia, relatou sentir que ela e o marido ficaram sozinhos. Comentou que ela e o marido tinham dificuldade de conversar nesse período e apenas depois de aproximadamente 8 meses voltaram a dialogar. Em vários trechos, a entrevistada ressaltou como vivenciaram o processo de luto e as diferenças nos movimentos de cada um: ela ficou em casa, sem ver as pessoas e conversar. Ele saiu, visitou parentes, viajou. Nesse sentido, pensamos em como talvez nesse caso para ela seja mais difícil do que para o marido encarar as pessoas, tendo que lidar com uma sensação de impotência ou de culpa, que parece ser reafirmada e até verbalizada por algumas pessoas ao seu redor, conforme se observa na fala da sogra em destaque, que reitera a ideia da mulher defeituosa:

*Da minha sogra, topei com ela, não tinha visto ela ainda, ela pegou e falou: “você não está pensando em ter outro bebê não, né!? Você tem que fazer exame”. Eu senti tipo assim, como se eu fosse doente [voz embargada], como se realmente eu não pudesse, como se a morte dele fosse minha culpa.*

Esse trecho nos convida a refletir sobre como a mulher ainda carrega em nossa sociedade a responsabilidade tanto pela vida do bebê, quanto por qualquer problema que venha a surgir nessa perspectiva. Até mesmo quando a mulher não engravida, muitas vezes se demora a considerar e investigar a hipótese de a dificuldade ser do marido. J.A. descreveu dias difíceis, com dificuldades de levantar da cama e se arrumar. Nos relatos, ela demonstrou estar um pouco perdida, tentando saber quem era antes do bebê e depois do filho, revelando a necessidade de elaborar a experiência e validar o lugar materno antes ocupado. Nesse momento, ela se referiu a si na terceira pessoa, o que realmente nos chamou atenção, como se estivesse tentando se ver, se enxergar:

*Mas assim, digamos ... as minhas características, me olho no espelho, me perco em várias coisas [risos], (Pergunto: Em que você se perde?) de olhar mesmo, me perco tentando ver como era antes, até mesmo o olhar. [...] E foi o que eu te disse, de me olhar no espelho e ainda não consegui me identificar ali onde eu estou, não vejo mais a J.A. de antes, e nem vejo a J.A. mãe [riso de nervoso]. Mas não acho que eu escondi a J.A. mãe, mas digamos que eu não estou conseguindo encontrar, nem unir as duas, a J.A(s). de antes, diante como tudo aconteceu e a J.A. mãe do J. T. [filho].*

Aqui, J.A. parece fazer referência à mulher no puerpério, a mulher em transição. Soifer (1991), descreve o puerpério e o interpreta como uma passagem entre um estado de perda com relação ao corpo grávido e a modificação quanto ao esvaziamento da libido narcísica em detrimento do objeto amado, delimitando o que foi perdido – com a gravidez, e o que foi adquirido – o filho (Soifer, 1991). O puerpério em casos de morte neonatal torna-se um processo muito singular que precisa ser melhor investigado, porque nessa situação a morte obstaculiza o exercício da maternidade e da paternidade, levando a mulher em transição a encontrar “dificuldades identitárias” (Tavares, 2013, p. 57).

Levantamos a seguinte questão: se o bebê real morre justamente quando passa a ser externalizado como objeto-bebê e passa a ser investido libidinalmente, será o luto e o superinvestimento do objeto perdido a continuidade e o destino da libido até que a exigência do teste de realidade se cumpra?

Em todo esse processo não podemos nos esquecer de que o luto é atravessado socialmente e que, segundo Iaconelli (2007), torna-se fundamental o reconhecimento social para que ocorra a elaboração da perda. De outra forma, quando não existe a confirmação do objeto perdido pelo outro, o evento pode se tornar traumatizante.

Sendo assim, observamos que o agravamento da situação de J. A. ocorre pela não validação da experiência e a negativa quanto à autorização da apropriação do lugar materno. Para Uchitel (2001, p. 117), citado por Iaconelli (2007), o trauma remete à recusa, em que o desmentido “agrude o processo de simbolização que coloca em dúvida o sentido da realidade, a percepção e a organização psíquica” (p. 619). Nesse sentido, o trauma acontece quando se impõe outra percepção ao sujeito que se contrapõe à dele mesmo.

Reafirmamos assim a importância de legitimar a experiência do sujeito a partir da narrativa de J.A, que nos relatou evidenciar como uma escuta atenta e respeitosa pode auxiliar no processo de ressignificação e de encontro consigo, modificando o olhar e os sentimentos na perspectiva de se tornar sujeito em sua própria história. Logo após a entrevista narrativa, J. A. nos revelou sentir paz e amor por si mesma depois de ter sido acolhida em sua biografia.

*[...] digamos no meu olhar, porque realmente depois da perda era uma coisa que eu me questionava muito, tipo assim, às vezes, olhando foto, alguma coisa assim, eu parava e falava: “gente, tá muito diferente o olhar mesmo, o semblante do olhar”, e aí tipo assim foi no sábado, sábado no final da tarde. Depois que tinha arrumado algumas coisas, tomei banho, fui lavar o cabelo e me permiti me olhar mesmo né? E eu senti depois daquele dia da entrevista algo diferente. No dia eu fiquei muito chorosa, depois que eu cheguei em casa eu estava meio chorosa, mas não por peso, na verdade foi uma certa paz, igual eu te disse, tipo assim... tava sentindo mais em paz. Então me olhei com paz também, tipo assim com amor, tipo assim a J.A, a J.A ainda existe, ela tá aí. Nem que eu tenha em algum momento guardado um pedacinho dentro de uma caixinha, mas eu sei que que ela vai depois vai voltar, não como era antes, mas que, que as partes boas eu sei que, que vão florescer novamente.*

Outra observação importante que J.A. fez, em relação à primeira entrevista, tem a ver com a sua fala. Ela começou a responder às pessoas que realmente se importavam de forma diferente, começou a dizer como realmente se sentia:

*[...] antigamente todo mundo que vamos supor conversava comigo, até os mais íntimos, perguntavam: “como é que você tá?” Mesmo que eu não tivesse, eu falava: “tudo bem graças a Deus!” E aí, tipo assim, eu até conversei muito com a minha prima no outro dia da entrevista. Ela perguntou: “como você tá?” Aí eu: “ah! Hoje eu tô um pouquinho mais pensativa...” é de conseguir mesmo me expressar, mesmo que não foi pessoalmente digamos assim né. Mas consegui tipo*

*falar mesmo o que eu, o que realmente eu tava sentindo. Até então, realmente não nunca tinha essa fala, raríssimo de alguém perguntar e eu falar.... Tipo, essa fala mesmo, em detalhes, de alguma coisa que eu estava sentindo realmente nunca tinha falado.*

Isso nos faz recordar uma outra fala de J.A. sobre o quanto ela se sentia silenciada no dia do falecimento do filho comparando mais tarde o silenciamento dela com o de outras mães que estavam na mesma situação, o que demonstra o início de um processo de elaboração do que pode ser um fenômeno social: o de ser silenciada.

*O marido disse: “Não vamos estender o sofrimento”. Isso já era umas, foi na hora do almoço, que era umas quase onze horas da manhã. “Vamos ver se a gente consegue fazer o enterro hoje mesmo pra gente não ficar sofrendo” e não sei o que. E eu: “ok!” Concordei com ele. Quem mexeu com os papéis foi [um] casal de primos nossos, porque logo depois chegou no hospital. Ele disse: “pode deixar que eu mexo pra vocês”, ela que arrumou tudo pra gente, nisso a gente nem foi pra casa, foi pra casa de uma amiga nossa. Do jeito que eu estava, eu fui. Vestindo, esse tipo de coisa. Eu chorava muito, é como eu posso te dizer, mas um choro silenciado [riso de nervoso]. (Pesquisadora pergunta: como assim?) – Saía só as lágrimas mesmo, só saía água. (Pesquisadora pergunta: não saía som?) – Não” [...].*

Mais tarde, quando se referiu ao seu encontro com outras mães que passaram pela mesma perda, percebeu que o que aconteceu com ela, com relação a “emudecer-se”, aconteceu também com outras mulheres, por não existir espaço de fala em nossa cultura que permita expressar a dor e o sofrimento do luto neonatal: *“Estamos tentando levantar uma voz, né? Também ser escutada, porque essa questão do luto, né, do luto materno, tipo, ele não é reconhecido”.*

A busca por um lugar em que pudesse falar, se apoiar e se identificar fez com que J.A. encontrasse o grupo de mães de anjo. Ela relatou o quanto teve receio de conversar com pessoas que podiam fazer alguma observação que a machucasse e ressaltou o quanto conversar com pessoas que passaram pela mesma perda possibilitou falar sobre os seus sentimentos.

*[...] comecei a participar do grupo e começamos a conversar entre mães que é um sentimento difícil de falar para outra pessoa. Escutamos várias coisas que nos feriram, do: “foi melhor assim do que tivesse alguma doença, do que tivesse uma má formação, que bom que foi no início e que vocês não conviveram tanto” e aí não dá para sofrer, escutamos várias coisas que nos feriram, né?! Comecei a ter a liberdade de conversar certas coisas que com as minhas amigas íntimas não tenho ou com alguém da minha família não tive depois que isso aconteceu [sic] conversei sobre o sentimento que estava sentindo.*

Em outro trecho da entrevista, J.A. comentou ainda como as datas comemorativas são difíceis para ela e o marido e como cuidam um do outro, reconhecendo o lugar de mãe e de pai. Interessante notar como o luto está presente e como a ausência do filho atravessa ambos, conforme registrado em sua fala: “*Não tiro a posição dele de pai e nem ele tira a minha de mãe nessa questão, mas as datas comemorativas sempre mexem com a gente*”.

*O dia das mães foi pesado e não ao mesmo tempo, porque ele não deixou que passasse em branco, né!? Ele fez café da manhã pra mim na cama, mandou entregar flores, fez cartãozinho, chorou muito também, choramos muito, ele chorou mais porque pra gente era muito esperado. Temos muitos afilhados, do lado dele só tem irmãos, são 3 com ele, todo mundo tem dois, três. Ele era o único ainda que não tinha e do meu lado também, só eu e minha irmã, então seria o primeiro neto, então a gente sempre quis realmente ter um bebê. Então isso mexeu muito com a gente. No dia dos pais eu já fui me preparando, que eu saberia que isso também mexeria comigo, eu já falei o que eu queria fazer, eu já fui me preparando antes, as duas semanas ia me paralisar quando estivesse mais perto, então preparei várias coisas pra ele, fiz balão, sempre gostei de fazer esses trenzinhos, recadinho, cartãozinho, balão, fiz um café da manhã também, mas ele preferiu ir pra casa do irmão dele em Jaraguá, ele não quis ficar em casa, igual eu falo, as diferenças, né!?*

Outra data que J.A. reconheceu deixá-la muito sensível, a ponto de sentir dor física, diz respeito à aproximação do dia quinze, dia do nascimento do filho:

*Quando começa dia 8 eu já vejo minha alteração de humor por causa do dia 15. Ou eu quero fazer muita coisa pra eu ficar o tempo todo me movimentando[...] Quando eu não estou trabalhando, eu paraliso igual, fico mais lenta, praticamente nesses dois dias fiquei mais quieta. Senti dor, dor no corpo todo, dor física mesmo, tipo assim mesmo, igual quando a gente dá uma faxina e extrapola de pegar peso esses tipos de coisa.*

Parece-nos que no luto de J.A. há um superinvestimento no bebê imaginário e um investimento narcísico em seu próprio corpo em evidência, principalmente quando se aproxima da data do parto, data do nascimento do filho.

Para Fernandes (2011), Freud(1926a), em *Inibições, sintomas e angústia*, retoma a ideia de que a dor corporal pode advir de um investimento narcísico elevado, “afetado pela ausência” (p. 114). A autora relembra que, nesse mesmo texto, Freud (1926a), citado por Fernandes (2011), sugere que a ausência da mãe provoca dor no bebê, e não angústia, quando este não consegue diferenciar a ausência temporária de uma perda definitiva.

O investimento intenso de desejo do objeto [perdido], do qual se experimenta a ausência, investimento que cresce incessantemente devido ao seu caráter insaciável, cria as mesmas condições econômicas que o investimento da dor em um local do corpo que tenha sido ferido, e torna possível fazermos uma abstração do condicionamento periférico da dor do corpo! A passagem da dor do corpo à dor da alma corresponde à mudança do investimento narcísico para o investimento de objeto. A representação de objeto altamente investida pela necessidade faz o papel do local do corpo investido pelo aumento de estímulo (p. 113).

Nesse sentido, Medeiros (2020) comenta como o alto investimento na representação do objeto perdido e o acúmulo de libido na região corporal pode produzir o afeto da dor, demonstrando como o processo de luto pode ser doloroso, especialmente para algumas mães que se encontram em um processo de identificação com o objeto devido à gestação. Segundo Winnicott (1999) o período gestacional propicia um movimento regressivo que evoca memórias afetivas nas quais o sujeito conheceu a alternância da presença e a ausência dos cuidados parentais demonstrando mobilizar conteúdos inconscientes.

Desse modo a narrativa de J.A. contribui para os estudos psicológicos que dimensionam o eu em sua constituição social, pois marca a experiência com o outro como norteadora das relações objetais. Isso atesta para nossa pesquisa a urgência de discutir a condição psíquica e social da mãe, atravessada pela carência de protocolos de saúde que permitam minimamente resguardar a mulher e o filho enquanto sujeitos. O relato da entrevistada reitera a necessidade de compreendermos o processo de dessubjetivação junto à objetificação da mulher no luto parental.

### 3.3.2 Análise da entrevista narrativa J.E.

A entrevistada J.E. relatou que sua vontade de ser mãe se manifestou depois de se casar e passar a viver com marido e a enteada. Ela nos disse que anteriormente não desejava ter filhos e que começou a pensar no assunto a partir da experiência com a enteada, mais especificamente quando teve que ocupar o lugar de “não mãe”, o que a levou a decidir pela busca do lugar materno com o intuito de modificar sua relação familiar.

*Então assim, eu me casei né e até então eu nunca tinha um sonho de ser mãe, nunca queria ser mãe, mas pelo fato do meu esposo ter uma filha e ela morar com a gente e ele ganhou a guarda da menina de 10 anos na justiça eu tenho o papel de mãe querendo ou não, eu senti a necessidade de ter um filho meu.[...]E aí eu com essa necessidade de ter um filho meu, de me chamar de mãe, de ter as coisas,*

*porque eu só tenho obrigações com ela. Eu não tenho direitos, né? Eu só tenho obrigação disso, daquilo e daquilo outro, mas a parte boa eu não tenho e veio a vontade de ter um filho.*

A relação triangular que aparece nessa narrativa parece-nos despertar a questão edípica, pois J.E. pensava que assumindo o lugar da mãe (in)dispensável poderia ser amada pelo pai (Freud, 1924/1969a). Nesse sentido, sendo a família um lugar social, a atitude da entrevistada nos faz pensar que ela tenta se reposicionar dentro desse conjunto procurando um lugar de igualdade, de poder, considerando a maternidade. Sendo assim, consideramos a teoria de Gaulejac (2014), para quem a entrada no Édipo é o momento em que o sujeito se constitui em uma relação triangular e encontra objetos de investimento que estão fora da relação paterna/materna, nas quais busca se identificar e se posicionar frente a uma rede de lugares previamente organizados e hierarquizados em um contexto social.

J.E. seguiu sua narrativa relatando que depois de um ano tentando engravidar e diante de um primeiro resultado negativo, sentiu-se frustrada e desistiu da ideia. Aqui, inferimos que atuam em uniformidade duas questões: uma dúvida que remete ao desejo e outra com relação à questão da castração: o que realmente desejo? Afinal, ter um bebê me colocará nesse lugar de importância dentro da família? E/ ou, ainda: Não conseguir engravidar me colocará em qual lugar? Este lugar confirma a castração? Confirma a falta?

Segundo Kehl (2008), a castração pode mobilizar a ressignificação de todas as outras perdas vividas e mobilizar a percepção de não ser o objeto de desejo máximo do outro, assim como mostra o sujeito faltoso.

*E aí eu passei mal, corri pra emergência, achei que tava grávida e a gente feliz com aquela esperança, com aquela coisa: “tá grávida, tá grávida”. Não era. Eu tava com anemia, começo de anemia. Aí o sonho da gravidez foi pro lixo, porque deu negativo o teste de gravidez e aquilo me frustrou muito e fora a demora, para engravidar, né? [sic].*

Dessa forma, J.E. entrou em contato com intensa frustração, o que nos parece remeter a questões inconscientes, e decidiu não mais engravidar. Mesmo assim, após um ano, aconteceu. O resultado positivo do exame veio acompanhado de muito mal estar, relatou sentir-se muito doente nesse período, o que perdurou durante toda a gestação.

*Quando foi em fevereiro eu comecei a passar mal, uma cólica que não tinha fim, passando mal, vomitando, enjojo, cólica e dor, dor, dor. Aí meu marido falou:*

*“você tá doente”, aí nós fomos no médico. Aí o médico: “não, eu não sei que que você tem não, você deve tá com apêndice, alguma coisa desse tipo”. Aí minha irmã falou assim: “você tá grávida”. Aí eu ri na cara dela e falei que não tava grávida, que eu não queria mais. Aí eu fiz o beta. Aí o resultado a mulher me deu pelo telefone. Aí ela deu positivo. Eu falei: “você tá ficando doida, moça? Deu positivo?” Ela: “deu”. “Eu quero que você verifica se é meu nome, se sou eu mesmo”. Ela: “sim é você, deu positivo”. Aí eu desliguei o telefone, liguei pro meu marido e ele saiu gritando pra todo mundo que eu tava grávida, que ele ia ter um filho... Menina, aí o chão abriu e eu caí dentro. Aí eu comecei a ficar muito ruim, parece que eu piorei o meu estado de espírito e a minha saúde. Aí eu fiquei acamada e cólica, eu sentia cólica, cólica que eu achava que eu ia morrer de tanta cólica e até então eu não sabia né, que eu tava grávida, eu tomava remédio. Isso foi numa sexta-feira o beta. Na segunda-feira, foi quando eu fiz a ultrassom. Sete semanas eu já estava grávida e tinha um coração e o médico ouve o coração e aquele coração pum-pum-pum e eu vou te falar eu não senti nada. Nada. Pra mim era como se fosse nada.*

Em sua narrativa, a entrevistada registrou ter apresentado acentuados sintomas físicos durante toda a gravidez que comprometiam sua qualidade de vida e sua relação com as pessoas, disse ter contado aos mais próximos como não se sentia bem e a dificuldade em amar o bebê. Em um discurso repetitivo ela relatou seu mal-estar a médicos e ao marido e nos perguntamos se realmente houve a escuta de sua demanda de sofrimento, por se tratar da verbalização de temas que se tornaram um verdadeiro tabu em nossa sociedade, em conformidade com um modelo ideológico preconcebido. Assim, quando o marido disse a ela um dia: *“como uma mãe não ama o filho?”*, percebemos e afirmamos novamente a importância de discutir tais questões. A partir de dados históricos apresentados por Badinter (1985), é possível notarmos que ao longo do tempo tornaram a maternidade um conceito instintivo e natural à mulher, o que possivelmente obstaculiza a escuta por parte de pessoas comuns e até mesmo de profissionais quando essa recusa e repele a criança e a gestação.

*E eu esmurrava essa barriga porque eu não sentia a bebê mexer, ela nunca mexeu, nunca, nunca, nunca, nunca. Eu nunca senti e eu falava isso pro médico e falava pra ele que eu não tava bem, que eu não queria a gestação, que eu não queria a gravidez e que eu queria que ele me desse um encaminhamento que era pelo SUS pra uma psicóloga e ele falava que não, que isso é normal, que quando a nenê nascesse, eu ia ter amor por ela.*

Os próximos fragmentos da fala de J.E. registram o período da gravidez e um processo de elaboração importante para compreensão de seus sentimentos em relação à criança que só se

torna possível a partir de um tratamento psicológico iniciado tardiamente, logo depois da perda da filha.

*E eu falava pro médico, a minha barriga não cresceu, eu não engordei, eu emagreci, eu era bem gordinha. [...] eu fui definhando. E os meus exames de sangue totalmente alterados e o médico dizia normal. A ultrassom da nenê, o médico dizia normal. Depois da perda dela eu fui investigar, já tava tendo sintomas de que eu não tava bem, de que eu já tava com a doença, e o médico dizia normal. E agravou a doença pior, que foi a psicológica, hoje eu entendo que noventa por cento daquela vomitação foi o psicológico.*

J.E. reforçou em seu relato como houve uma piora relevante em seu quadro físico e psíquico mediante descoberta do sexo do bebê, o que a fez cancelar o chá revelação por não se julgar capaz de conseguir disfarçar a “*sua cara de decepção*” caso fosse uma menina. Após o cancelamento do evento, ela pediu à mãe que lhe contasse a verdade e então, diante da confirmação de que estava esperando uma menina, entrou em desespero e disse: “*falei que eu queria que ela morresse e comecei a pedir a Deus que ela morresse*”.

Dias depois, em nossa segunda entrevista, J.E. nos relatou como no processo psicoterápico buscou entender a intensidade de seus sentimentos de repulsa em relação à identificação do sexo feminino e nos colocou a par de um fato importante elaborado e associado nas sessões psicoterápicas que frequentou:

*É porque quando eu tinha 4 anos de idade eu fui molestada por um vizinho meu. Só que assim não houve a penetração, mas ele me tocava, ele me tocava e fazia eu ficar chupando o pipiu dele. Então eu recordo dele sentado numa cama e ele punha do lado um Skinny e do outro lado uma Barbie. Eu nunca esqueço! E ele falava para mim pôr a boca no pipiu dele, eu lembro disso. E ele falava: eu vou te dar isso aqui se você fizer isso. Então ele me tocava! E hoje eu entendo: eu achava bom porque, como a doutora falou, estimulava. Qualquer criança que você tocar nela, vai estimular, mas ela não consegue entender que ela está sendo abusada e eu não contava para minha mãe porque eu queria a boneca, eu queria o Skinny e na época minha mãe não tinha condição de comprar essas coisas para mim, então ele dava Skinny, ele me dava iorgute, ele me dava as coisas e eu achava bom. Mas eu não assimilei, tanto é que quando eu tinha 14 anos, eu tinha pavor de namorado, não queria saber de namorado, minha mãe com muito medo deu virar sapatona pegou e falou: “você tem que arrumar um namorado!” Aí foi quando me deu a depressão, aí eu tentei suicídio, porque eu tava o extremo, mas foi devido a isso que aconteceu na minha infância, veio surgir na minha adolescência. Aí foi quando eu consegui contar o que aconteceu, assimilar: aquilo ali é o que aconteceu. Aí a doutora me explicou assim que o meu pavor por meninas é porque no meu subconsciente foi entendido que a minha mãe não conseguiu me proteger, então se eu tiver uma menina eu não vou conseguir proteger ela e a mesma coisa vai acontecer. Assim, foi o que ela, o diagnóstico que ela me deu. E aí eu fui comecei analisar sobre isso, e aí eu comecei analisar:*

*a mulher trabalha fora, arruma casa, ajuda o homem, paga conta, [sic]... a nossa responsabilidade de mulher é muito grande! E qual que é o trabalho de homem? Homem não fica grávido, homem não fica enjoado, homem não vomita, homem não pari, homem... responsabilidade de filho é toda em cima da mulher, tudo em cima da mulher, entendeu? Então assim, a nossa vida de mulher é difícil! Homem é muito fácil! Homem vestiu a mesma calça todo dia, ele só trocou a camisa ninguém nem percebeu. Homem levanta, trabalha, chega em casa, vai ver televisão, vai ver jornal. A mulher arruma a casa, vai cuidar dos filhos, isso, aquilo... e de noite você tem que tá linda e poderosa e ser uma puta na cama, entendeu? A mulher até para sentir prazer é mais difícil! Então assim... tudo isso entrou na minha cabeça, falei: “gente, pra quê ter uma filha mulher? Qual é a vantagem de ser mulher hoje?” Ah, mulher independente, mulher isso... não! eu não vejo vantagem pra nós. Nós sofremos muito! Pra gente é tipo assim, parece que todo karma caiu em cima da gente! E o homem não, homem é tudo muito fácil, muito simples. muito... procê ver... uma coisa boba: homem defeca todos os dias, todos! É difícil achar um homem que não é assim, mas todo homem acorda cedo, vai no banheiro e faz cocô. E nós? É um dia, é três dias, é quinze dias, se você não tomar um monte de remédio ou comer mamão todo dia... tá vendo? São umas coisas que vêm assim já da natureza que já é desigual. Que é o que eu falo assim: nossa! Eu, se Deus falasse assim: “você quer ir pra Terra, você quer escolher o seu sexo?” Eu não queria ter nascido mulher! Você menstruou, você fica com cólica, você fica com TPM, você fica enjoada, você fica estressada. Tem dia que eu não me suporto. Olha só que mudança de hormônio, de humor que a gente tem! A gravidez, os meus hormônios mudaram tanto que eu não me reconheci, eu fiquei extremamente enjoada, eu não me suportava e a vida do homem continua a mesma coisa. Então é tudo isso foi agregando, entendeu? Aí eu pensava: “Nossa minha filha vai ter que fazer faculdade, estudar, trabalhar, chegar em casa, lavar, passar, cozinhar” e aquilo tudo foi e juntou, que a minha mãe engravidou de mim na adolescência, quando ela engravidou de mim na adolescência e eu comecei a ter uma certa idade, ela falava: “Olha, você vai engravidar na adolescência, cê vai passar tudo que eu passei, você vai sofrer tudo que eu sofri”. Então aquilo eu fiquei com tanto medo de ter um filho, eu tinha medo, até hoje eu tenho um pouco de medo por tudo que ela viveu, por tudo que ela sofreu, então juntou tudo isso, juntou o que aconteceu na infância, ela me passou medo, de uma certa forma ela me passou medo pra me proteger pra eu não engravidar na adolescência, só que isso me afetou! Ele me abalou! Que tanto é que após eu tá casada com a pessoa e tudo mais que eu tinha um medo de ter um filho!... Então... então ela me falou, veio todas essas memórias que ficou absorvida na esponja, que ela fala que o cérebro da gente é uma esponja, aí que vai só absorvendo e é isso, desencadeou na minha gestação. E juntou as minhas, as minhas, os meus sofrimentos com a filha dele, porque a filha dele mais caiu em cima de mim todos os deveres, direito eu não tenho, só tem dever, dever disso, dever daquilo, dever daquilo outro... direito nenhum.*

Nesse trecho J.E revelou um abuso que sofreu na infância e a impossibilidade da mãe em protegê-la, o que a deixou com medo de acontecer o mesmo com a filha que estaria sob a sua responsabilidade. Ao mesmo tempo, ela demonstrou temor de repetir a história da mãe que

engravidou dela na adolescência e expôs o sofrimento e o desamparo vivenciados por ela, mãe gestante, durante a narrativa.

Parece-nos evidente que através de suas falas elaboradas nas sessões de psicoterapia ela começou a pensar e a ter insights sobre o lugar da mulher e do homem, do que lhe parecia ser da ordem de uma “*natureza desigual*”, de um corpo masculino e feminino, indiferente a um atravessamento social. Levantou questões importantes: pensou na modificação do corpo de quem carrega o bebê, se perguntou quem deve se responsabilizar e modificar a vida com a chegada da criança.

Dentro dessa lógica, abordou os direitos e os deveres da mulher na família e na sociedade e repensou sua vontade. Demonstrou uma identificação ambivalente com o lugar da mulher/mãe, ao mesmo tempo em que evidenciou o desejo pelo lugar de poder. Parece-nos ainda que ela tentou construir um raciocínio que a permitisse repensar sua vida e a gravidez a partir da condição social da mulher e da sua história singular e assim excluir qualquer possibilidade de dar à filha algo diferente do que viveu.

Aqui, consideramos importante enfatizar como a teoria do complexo de Édipo e as modificações, a começar por Freud no ano de 1927, redimensionam o estatuto fálico do pênis, modificando o lugar estante do homem e da mulher dentro da psicanálise, o que segundo Kehl (2008) propicia uma releitura contemporânea acerca do desejo e do falo simbólico a partir da consonância com uma rede social, que viabiliza ou inviabiliza o gozo do sujeito. Baseando nossas reflexões nessas novas interpretações, pensamos o desejo de J.E. de ocupar o lugar de igualdade no grupo familiar e de importância para o cônjuge identificando-se com a enteada e desmembrando o pensamento arcaico da maternidade enquanto falo como única saída da mulher do Édipo na posse do filho.

Continuando nossa entrevista, J.E. relatou que durante a gravidez houve um afastamento dela e do marido e mais à frente ela demonstrou como a sensação de desamparo potencializou o sentimento de rejeição com relação à filha. Por outro lado, na fantasia, ela manifestou vivenciar um sentimento de que a criança a rejeitava e a atacava como um objeto interno persecutório, fazendo-a questionar, diante do intenso mal-estar físico, porque a criança estava fazendo isso e se ela não gostaria que J.E se tornasse sua mãe.

*E lá ele virou pra mim e falou assim: “E aí, e agora? Você tá amando a neném?”  
Aí eu falei que não, que eu amava mais meu cachorro do que ela. Porque era o que eu sentia naquele momento. Aí ele falou que eu era uma monstra, que eu era horrerosa, que eu era um ser humano horrível, num sei quê, num sei quê, num sei quê... que como pode uma mãe tá gerando um filho e não amar o filho? E aí*

*aquelas coisas ficou na minha cabeça e aí eu comecei a chorar e falar: “é culpa sua, porque você não mexe. Eu não sinto amor por você porque você não mexe. Se você mexesse, eu ia ter amor por você, mas você tá aqui e eu não sinto você mexer. Eu só sei vomitar, tudo que eu como eu vômito, você só me faz mal”. Aí eu tomei mais raiva da gestação, mais raiva do bebê.*

Os últimos acontecimentos que antecederam o parto narrados por J.E. pareciam confirmar as fantasias inconscientes de morte, principalmente quando ela passou muito mal e precisou ser levada ao pronto socorro. Na primeira vez a médica da emergência passou o remédio para a pressão que estava 16 por 10 atribuindo a causa a uma pizza que a entrevistada havia comido. Na segunda vez que precisou de atendimento, com a pressão 22, a médica transferiu J.E. para o Materno Infantil. No hospital, colheram sangue, fizeram ultrassom e verificaram a diminuição do líquido da placenta.

*Aí ela falou assim: “a sua bebê tá com sofrimento fetal”. Eu falei: “o que que significa?” Aí ela: “Ela tá morrendo”. Dentro do meu coração me deu alegria, eu fiquei feliz. “Óba! Ela tá morrendo, acabou meus problemas. Eu não vou ter problema”, pensei eu. Hoje eu não penso assim, mas eu tô contando pra senhora o que eu senti no dia.*

J.E. contou que ficou internada no hospital, fez muitos exames e enquanto esperava os resultados, alguns profissionais se aproximavam dela para conversar percebendo que ela estava muito calma e disse: *“porque qualquer mãe no meu lugar iria se desesperar” [sic]*. Quando perguntavam se ela sabia o que estava acontecendo, ela respondia: *“Entendo, doutor, a neném tá morrendo”*. No dia seguinte, com os resultados em mãos, o médico diagnosticou pré-eclâmpsia e síndrome de Hellp e a equipe optou pela cesariana porque mãe e filha corriam risco de morrer.

Observamos em seu relato que durante toda a gestação J.E. procurou que alguém desse um nome para o mal-estar que sentia fisicamente e a ausência do diagnóstico e da escuta a fez procurar e investigar após o parto algum problema de saúde que não foi devidamente averiguado durante a gestação, como a trombofilia. Nesse sentido, J.E acredita que talvez existisse um problema físico, além do psíquico, que contribuiu para o agravamento dos sintomas.

O diagnóstico de pré-eclâmpsia e síndrome de Hellp de certo modo confirmou para J.E. a fantasia da gravidez e da doença advinda da filha, como foi demonstrado em seu relato quando recebeu a notícia da morte da criança. Essa associação entre filha-doença-gestação faz-se clara

em sua fala: *“Esse dia, doutora, eu não acordei com nenhuma dor. Nem cólica, nem dor, nem gases, nem dor no estômago, nem dor na vesícula, dor nenhuma! Até a cirurgia não tava doendo... parecia que eu tinha nascido de novo esse dia, eu tava super bem”*.

Para que possamos compreender outros aspectos subjetivos da narrativa, retornaremos ao período do nascimento da criança e dos encontros de mãe e filha no hospital, lembrando que J.E. passou por uma cesariana de emergência e ambas precisaram ficar na UTI por conta do quadro grave de saúde. Ela descreveu o parto e o encontro como o momento em que a filha lhe “disse”, olhando em seus olhos: *“eu não vou ficar. Aí eu senti uma leve dor no meu coração, mas ela falou pra mim que ela não ia ficar”*.

Nesse e em outros fragmentos podemos notar como J.E. manifestou um sentimento ambivalente em relação à filha, ao desejo e ao medo de perdê-la. As visitas à UTI neonatal aconteceram após a intervenção da equipe de psicologia do hospital e J. E. relatou nos primeiros dias não querer ver a criança, mas parece que depois de alguns encontros algo começou a ser construído, como podemos notar na seguinte fala: *“oi, filha. Os batimentos dela: pum. A saturação paf! Ela me reconheceu...[sic]”*. Em uma determinada noite, J.E. sentiu necessidade de visitar a filha e conversar com ela, momento em que sentiu que a qualquer momento poderia perdê-la. Assim, foi até a UTI e teve uma conversa com o bebê em que narrou todos os acontecimentos passados durante a gestação, bem como seus sentimentos, pedindo perdão à criança e sentindo-se perdoada. Nesse sentido, nos pareceu que ela iniciou um movimento de reparação que será melhor abordado mais à frente.

*Hoje se qualquer pessoa falar assim “ela não te perdoou”, eu não acredito, eu senti o perdão dela. Ela não me falou nada, mas eu sei que naquela gota daquela lágrima, ela me perdoou [chorando novamente] e eu tive paz, aí eu falei pra ela: “e eu já te amo [voz embargada], eu já te amo do meu jeito... estranho, doido... eu não pedi pra mim ter isso na minha gravidez [chorando], eu não queria mulher, falei pra ela, eu não queria mulher, eu não queria de jeito nenhum [ainda chorando] mulher, eu tenho pavor de neném mulher, mas eu te amo [com voz embargada, chorando], eu te amo muito, e eu sei que você vai, você vai morar com Deus e você vai ser muito feliz lá, porque Deus vai cuidar de você melhor do que se você ficar aqui comigo”. Falei pra ela... e eu não quero, falei pra ela: “C.[filha] e eu te amo tanto que eu não suporto te ver aí dentro” [chorando]. Eu não suportava ver ela. Hoje eu entendo que eu não queria ir na UTI pra mim não ficar vendo aquele sofrimento, sabe? [chorando].*

Durante seus relatos, em outro momento J.E. diz ter conversado com o marido e demonstra como se sentiu desamparada enquanto estava grávida, nos levando a considerar que o seu desejo era o de ser libidinizada pelo outro, tornar-se objeto de desejo do outro.

*Eu falei: “ah, mas eu tô sabendo que você só fica indo na UTI toda hora, vendo a neném”. Ele: “deixa eu viver esse momento, deixa eu ver minha filha, deixa eu aproveitar esse momento”. Coisa que na gestação não aproveitou, na gestação ele não pegou na minha barriga, ele não conversava com a neném, eu não sei que que aconteceu mas eu perdi cem por cento libido... E aí, a gente conversou. Aí ele me ou... ele falou que ia tá comigo todo esse tempo, que a gente ia sair dessa, que a neném ia sair bem, que ele me amava... aí sabe, parece que me acalmei, acho que era o que eu tava precisando. Ele falou que tava comigo e ele falou que todo mundo sabia falar que era pra gente se preparar que a neném ia morrer e que ele não ia ouvir isso, que a neném ia viver. Aí aquilo me confortou. Eu não sei se foi quando eu percebi o amor dele pela neném, o que ele não teve na gestação, aí me deu uma calma, eu fiquei mais tranquila.*

Aqui é importante ressaltar como a gestação mobiliza conteúdos conscientes e inconscientes, podendo inclusive movimentar questões edípicas (Soifer, 1991). Nos parece que a vivência do complexo de Édipo e a disputa pelo amor do pai com a enteada e depois com a própria filha, parecem se traduzir na fala dela que se repete a respeito do abandono do marido. Sua narrativa nos faz pensar em um abandono que se dá na ordem do real e do imaginário. Aqui levantamos questões importantes a respeito da inflação narcísica e de sua impossibilidade enquanto objeto de amor na relação com o marido, o que nos parece fazê-la revivenciar situações anteriores de cuidado. Perguntamo-nos se J.E. revisitou memórias inconscientes que não possibilitaram estabelecer um bom objeto interno e neste caso, se o bebê se tornou uma fonte de angústia (Bydlowski, 2002).

Nesse sentido, em nossa interpretação, “a doença” pode ser o desejo de ser cuidada narcisicamente e o mal-estar, a experiência anterior do que não pôde se inscrever perfeitamente pela dificuldade de subjetivar e de elaborar o conteúdo traumático que retornaria de modo trágico e falho (Dunker, 2015).

Assim, parece nos significativo que quando a criança veio a óbito, J.E. procurou a mãe e buscou seu cuidado, passando o tempo do resguardo, os 45 dias após o parto, em casa cuidando de sua saúde. Logo que saiu da maternidade pediu ao marido que doasse todo o enxoval, guardando apenas uma fraldinha da filha que havia ganhado na UTI neonatal de uma enfermeira. Em seus relatos percebemos que foi tomando consciência da morte da filha aos poucos, como podemos notar:

*Quando eu retornei pra minha casa, já fazia 15 dias de cesariana. E aí que eu comecei a olhar que não tinha nada dela, não tinha o diário dela, não tinha roupa, não tinha sapato, não tinha nada. Tudo que eu tinha que era pouco que as pessoas me deram foi embora, eu doei. E aí eu comecei: “gente, não vai ter bebê! Não tem bebê!” E aí eu acordava, dormindo acordava com a mão na barriga. E*

*eu: “gente, eu não tô grávida! Já acabou, a gravidez já passou, eu tô de cesárea”. E aí eu comecei... que foi quando eu assimilei tudo que aconteceu! Aí eu caí numa depressão profunda. Eu não queria comer, eu não queria beber água, eu não queria ir no banheiro... eu passava o dia inteiro deitada.*

Entre tantos sentimentos de revolta e desejo de morte, J.E. passou a desejar a própria morte e paradoxalmente sonhar com filha lhe pedindo para ser forte, levantar da cama e ajudar as pessoas. Esse foi um dos motivos pelos quais ela resolveu participar da pesquisa: ajudar as pessoas que passaram pelo que ela passou. Inferimos que essa atitude seja a continuidade do movimento de reparação com a criança e consigo mesma que ela iniciou no hospital.

Uma das decisões que J.E. tomou após o período de recuperação do puerpério foi comprar algo para a filha, já que até então tudo o que a criança tinha havia sido ganhado. Com esse mesmo sentimento decidiu também arrumar o cemitério onde a criança havia sido sepultada. Essa vontade surgiu após ela ter entrado em contato com o grupo de mães do Facebook e ter se identificado com os relatos: *“Ah, se eu ver um bebê, eu sofro, se eu ver um bebê me dói, porque eu comecei a me sentir um monstro. Falei: ‘gente eu tô vendo a outra com bebê e isso tá me machucando, isso tá me doendo’... e eu comecei a perguntar: ‘por que o bebê dela vingou?’”*.

No grupo de mães de anjo J.E. disse ter se sentido acolhida com relação à sua perda e aos sentimentos ambivalentes que carregava, o que motivou ainda mais seu movimento de reparação.

*Ali veio o momento de arrumar o cemitério, porque como ela ficou no público, eu não, nunca tinha ido lá depois de enterrar ela. Eu queria muito arrumar lá, eu queria deixar arrumadinho e aí eu liguei lá, pesquisei o que que podia levar, o que que não podia. Aí eu comprei uma grama sintética, umas pedrinhas brancas, uns brinquedinhos e uma casinha de vidro, mas ainda faltava algo. Faltava eu comprar algo, que fosse meu para ela.*

*Quando eu peguei a boneca rosa, eu comecei a chorar. A dona da loja perguntou: “Moça, você tá bem?” Eu falei assim: eu perdi minha filha e hoje é a primeira coisa que eu tô conseguindo comprar [chorando]. Eu nunca comprei nada pra ela... e... nossa! Eu fiquei apaixonada nessa boneca! Eu não gosto de nada de menina! Aí ela me abraçou e falou assim: “eu sei que que cê tá sentindo. Tem um ano que eu enterrei minha filha de 21 anos [suspiro]. E eu sei a sua dor”.*

*Peguei essa boneca, cheguei em casa e desembalei ela. Quando eu desembalei ela, joguei os cheirinhos nela, aí eu vi a fraldinha. Falei: “gente, vou pôr essa fraldinha nela!” Peguei a fraldinha, pus nela. Serviu certinho, do tamanhozinho dela. Aí que eu chorei! [alto]. Aí eu peguei e falei assim: “vou tirar a medida dessa boneca!” Peguei uma fita métrica, “31 [pausadamente] centímetros!” A*

*C.[filha]tinha 31 cm. Ah... Aí eu despenquei! E eu abraçava essa boneca, e eu abraçava, e eu abraçava...*

Aqui podemos verificar dois processos que ocorrem ao mesmo tempo: o luto, no qual verifica-se a perda do objeto, e a reparação psíquica, em que o sujeito busca reparar os danos de suas intenções e ações hostis ao objeto e ao lugar materno. Segundo Klein e Riviere (1975), o movimento de reparação é extremamente doloroso porque o indivíduo reconhece a agressão e a presença de impulsos destruidores ao mesmo tempo em que reconhece a importância do objeto. Ainda segundo os autores, na fantasia o sujeito pode “desfazer retrospectivamente (retirando alguns motivos de ódio)” (p. 97), como quê construindo novas memórias. Percebemos assim que J.E., em um processo de elaboração, busca desempenhar o papel de mãe de outra forma ao mesmo tempo em que deseja ter aprovação em seu movimento de reparação por outros pais, os quais passa a acompanhar no grupo mães de anjo, onde sente-se aceita e incluída. Dentre suas tentativas nesse sentido, enfeita o túmulo e sente-se reconhecida por esse cuidado com a filha, como bem expressa na fala seguinte:

*Todas as pessoas que desciam paravam no túmulo da C.[filha], olhava e tirava foto, e olhava e as mãezinhas que ia visitar os seus bebezinhos elas ia nos bebezinhos delas e ia no da C.[filha]! E aí eu passei pertinho e eu via... Eu falei não vou ainda lá que eu quero ver o que as pessoas estão falando... “Gente, que lindo!”, “Olha que lindo a mãe e o pai falando que essa mãe fez pra filha dela!”, “Ai que nome mais lindo dessa menina”, “Nossa, mas que nome diferente!” Menina, e aquilo me deu tanta alegria! [emocionada, voz embargada]. Todo mundo, nossa, vou tirar uma foto porque eu vou mandar fazer essa casinha igual ela fez pra neném dela!*

A narrativa de J.E. nos convida a pensar na discussão de Dunker (2015) a respeito do sofrimento e de sua redução a modalidades de uma mesma gramática normativa que uniformiza sintomas e reduz a possibilidade da escuta quando esse não se enquadra em protocolos de diagnósticos. Em contrapartida, perde-se a possibilidade de a partir de “novos” sintomas psicológicos compreender uma determinada dimensão social. Aqui nos defrontamos com a não escuta por parte de profissionais e demais pessoas de uma narrativa que nos abaliza gravidez e sofrimento psíquico, o que inclusive, aos nossos olhos, obstruiu uma investigação que poderia ter sido realizada em uma perspectiva mais física, algo que J.E. começa a fazer agora, em uma pesquisa que leva em consideração todos os sintomas que se referem ao corpo e à síndrome de Help, estudando uma possível segunda gravidez, ponderando sob a perspectiva de se sentir bem.

### 3.3.3 Análise da entrevista narrativa de S.E.

A entrevistada S.E relatou o desejo de ter filhos e as conversas com o marido sobre a possibilidade da gravidez e a adoção. Com dois anos de casada, seguindo os planos que haviam sido feitos com o cônjuge, decidiu engravidar assim que terminou um tratamento para ansiedade que havia durado um ano, o qual considerava um marco do planejamento da gravidez por estar associado à sua preparação para o exercício da maternidade.

Nesse trecho da narrativa S.E. começou a falar de um processo psíquico que se dá anterior à gestação em que o desmame dos remédios parece estar relacionado ao fechamento desse ciclo, algo que precisava ser elaborado antes da gravidez. Assim, ela considerou o tratamento muito bem sucedido, pois estava grávida, se sentindo muito bem e experimentava o sentimento de potência. Pode-se observar nesse fragmento um alto investimento narcísico e a sensação de poder e força experimentado durante a gestação.

*A gravidez do G. [filho] foi uma gravidez muito... ela me trouxe muita vitalidade, eu acho que realmente, eu perceptível estava uma pessoa muito diferente. Nessa época, assim, estava muito firme no que eu queria, me posicionava muito, eu tinha muita vitalidade, eu não tive sono, eu tive muita energia, minha vontade era de sair correndo, essas coisas assim e aí eu corri literalmente até o quarto mês. A gente viajava, a gente aproveitou muito a gravidez dele e eu acho que foi um período de definir muitas coisas pra mim. Também né, tipo uma gravidez que a gente descobriu 31 de agosto de 2018 né? Um período eleitoral aí, em que estava muitas pessoas se posicionando e pra mim foi um período que me posicionei realmente como uma cientista social né, como uma pessoa que estuda isso. Até então eu acho que essa minha identidade profissional eu não tinha trazido tão à tona assim...Então algumas coisas da minha identidade começaram ficar muito firmes. Nessa época eu já não estava mais fazendo uso do remédio. Nunca mais fiz, não precisei retomar. Realmente foi um tratamento muito bem-sucedido e não sentia dores, não sentia nada, não sentia enjoo, não tinha nada, uma gravidez assim sem nenhum sintoma, nem nada, muita vitalidade muita energia e uma fase em que me sentia muito bonita, eu me senti muito bem, parecia que todas as roupas da minha vida tinha comprado pra ficar grávida.*

No fragmento acima S.E descreveu como viveu dias em que se sentia capaz de fazer muitas coisas, quase de forma ilimitada, o que lembra o sentimento de onipotência. Segundo Aulagnier (1994a) e Bydlowski (2000a), citados por Ferrari, Picinini e Lopes (2006), esse sentimento refere-se ao sobreinvestimento narcísico que ocorre durante a gravidez, quando o “objeto investido durante a gestação não difere do eu, visando assim a própria pessoa” (p. 272).

Desta forma, S.E. planejou a gravidez e viveu-a de forma muito segura. Viajou em férias e durante essa viagem, sem ter planejado, o filho nasceu, alterando a ordem prevista e

colocando-a diante do inesperado. Ela entrou em trabalho de parto sem conseguir identificar as contrações e relatou que “*não sabia explicar o que estava sentindo*”. O parto aconteceu distante da cidade onde morava, distante de tudo que já estava organizado para a chegada do filho, assim como das pessoas de sua família. No hospital, o médico a atendeu, examinou e aplicou-lhe uma medicação inferindo tratar-se de um quadro de intoxicação alimentar. O trabalho de parto evoluiu rapidamente, e dentro de uma hora o bebê nasceu de forma prematura, com somente 31 semanas de gestação. Na entrevista, S.E. fez uma observação com relação ao tempo decorrido entre a chegada ao hospital e o parto que em sua percepção diferencia o tempo cronológico e o tempo subjetivo, parecendo-nos buscar a integração da vivência da experiência.

*Tá nascendo, aí quando você sentir aquele negócio que você sentiu de novo, agora eu dei o buscopan, agora vai demorar mais um pouquinho, mas eu estou tirando, na hora que você sentir de novo você empurra e vai. Entrei para a sala de parto, na primeira vez que eu senti, nasceu! Nasceu chorando, nasceu bem, F.[marido] viu, F.[marido] estava lá, a gente tirou algumas fotinhas assim, ainda as fotos, os olhos do F.[marido] estavam muito arregalados, tá bem estranho [risos] as fotos, não está aquelas fotos que a gente vê nos instagram da vida não, tá todo mundo bem assustado na foto.*

Nesse fragmento da narrativa, foi possível percebermos como o parto aconteceu de forma repentina e abrupta, de modo que S.E. mobilizou projeções de seus próprios sentimentos quando identificou as pessoas como assustadas, mas não a si mesma nessa condição. Conforme seu relato, ao chegar ao hospital uma enfermeira prestou os primeiros atendimentos e sinalizou que ela estava em trabalho de parto, repassando o caso ao médico, que a diagnosticou com um quadro de intoxicação e a medicou. Momentos após, entrou no período expulsivo<sup>6</sup> e a mesma profissional que iniciou o atendimento fez uma intervenção importante, tirando-a do bacilo (vaso sanitário), momento no qual ela soltou, em suas palavras, um som. A enfermeira perguntou para ela: “*você gritou?*” e logo perceberam que S.E. começou a perder sangue e foi quandoa conduziram à maca, o médico foi chamado e em seguida sua bolsa se rompeu e o filho nasceu. S.E. diz ter observado nas fotos após o parto o olhar do marido e os semblantes dos profissionais, descrevendo-os como “*assustados*”. Em sua percepção, estavam todos abalados, mas ao ser questionada pela pesquisadora sobre como ela estava nas fotos, respondeu: “*eu posso mostrar, acho que eu estava bem na foto. Não sei, posso mostrar*”.

---

<sup>6</sup>O período expulsivo (também chamado de segunda fase) do trabalho de parto é a fase na qual a mãe faz força para o bebê nascer. Essa fase começa quando o colo do útero está completamente dilatado (10 cm) e termina com o nascimento do bebê.

Sabemos que a experiência e o trauma são elaborados com o tempo, em contrapartida não sabemos quando ou em que momento isso ocorrerá, essa ordem faz referência à singularidade e à historicidade de cada um. Porém, aqui nos parece que S.E., mesmo após um ano do evento, procurou elaborar psicologicamente o parto, a ordem dos acontecimentos e seus sentimentos. Mostrar a foto e endereçar ao outro um olhar parece-nos como que buscar a tradução ou a nomeação de algo que estava sentindo ou ainda sente.

Os dias no hospital seguem com o filho na UTI neonatal humanizada e os boletins médicos atestavam que o bebê estava bem e que ficaria internado apenas para ganhar peso. Nesse momento foram várias as preocupações do casal, que em contato com a família, decidiu se instalar na cidade ao invés de voltar para Goiânia, recebendo de forma programada os familiares para terem o suporte necessário. A família entrou em contato com pessoas que moravam na cidade e começaram a receber ajuda de alguns desconhecidos que depois se tornariam amigos. No terceiro dia de vida do filho, antes da mãe receber alta, S.E e o marido foram até a UTI neonatal e descobriram que o filho começara a ser medicado com antibiótico: “*Não sei muito bem o que isso significava, mas fiquei sabendo que ele tinha tido uma pequena piora naquela manhã*”. Sobre esse momento, relatou:

*Ele ficava com os pezinhos bem aqui e a cabecinha aqui [mostra] e aí a gente ficava, F.[marido] passava a mãozinha, colocava a mão na cabecinha e aí toda hora o barulhinho da UTI neonatal tocava e a gente olhava... “enfermeira tá tocando...” ela respondia: “ah, é porque ele tá com calor” Abria, “ah é porque tem que esquentar”, fechava e aí eu fui ficando com ele, cantei pra ele de novo, aí o F.[marido] pegou e falou assim: “vamos entregar ele porque está tocando muito o negocinho” e eles falavam toda hora que era normal, que não tinha nada demais, estava normal. Aí, antes de entregar ele, eu peguei e falei as últimas palavras pra ele... “meu filho, não precisa ser forte o tempo inteiro”.*

Logo em seguida a equipe pediu aos pais que se afastassem e o casal ficou aguardando notícias na sala de espera do hospital. Ao se reaproximarem da UTI foram impedidos de entrar e S.E. perguntou: “*É o nosso filho, não é?*” O médico respondeu que sim. Então S.E. foi até a porta da UTI e viu a equipe fazendo massagem cardíaca nele. Relatou que depois ficou pensando no porquê de querer ver aquela cena e a descreveu:

*Eu vi ele muito pequenininho, muita gente rodeando, eles estavam fazendo de tudo e fazendo a massagem com os dedinhos. Aí eu voltei pra trás e eles falaram que se ele não respondesse em cinco minutos, eles iam parar porque ele teria muitas complicações [baixa o tom de voz]. Aí eu chorei muito, eu falei pro F.[marido] que eu não sou muito de acreditar nisso, mas que eu vi uma luz muito grande sair do peito do G. [filho] e iluminar toda a UTI e eu repetia pro*

*F.[marido]: “você sabe que eu não acredito nisso, mas eu estou vendo a luz saindo do G.[filho] e iluminado toda a UTI e é a cura, vai ficar tudo bem”. E aí o médico chegou e falou que tinha acabado.*

Assim como o parto e o nascimento, a piora do filho e a morte aconteceram de forma muito inesperada. S.E acreditava na melhora do filho e precisava ver com seus olhos o que estava acontecendo para poder acreditar. Nesse caso, o relato de S.E. nos permitiu constatar falta de espaço para elaboração das vivências da chegada e da partida que ocorreram encadeadas em uma sequência de acontecimentos súbitos e traumáticos. O que agravou a situação é que o casal se encontrava distante de suas famílias, sem rede de suporte, em uma cidade desconhecida. A possibilidade de um parto prematuro era impensável para o casal, tanto que nem mesmo consideraram a hipótese de levar a caderneta da gestante. A morte do filho tornou a viagem uma ocorrência trágica a ser enfrentada em condição também adversa, principalmente quando tiveram que iniciar os trâmites legais para o sepultamento do filho em pleno carnaval, quando tudo estava fechado.

O marido saiu para começar a organizar a papelada e S.E. ficou no hospital por mais um dia, até que conseguissem concluir a burocracia. A mãe enlutada começou a pensar na cremação, apesar do desejo da família de transferir o corpo. Nesse fragmento da narrativa, S.E pareceu pensar no lugar dela e do filho e em como gostaria de retornar com a criança. Em conversa com o marido disse: *“F.[marido] espera aí, me escuta aqui, eu não quero ficar sentada do lado do caixão do nosso filho, eu não quero ir e ele chegar daqui três dias, eu não quero estar na parte de cima do avião e ele na bagagem. Eu quero que você veja a cremação”*. Ao fazer esse relato em tempo presente, tivemos a impressão que S.E. reviveu o momento e apesar de toda dor, pareceu-nos que voltar com o filho junto dela, em seu colo (com a urna em seu colo), fez com que pudesse viver a separação de uma forma menos dilacerante.

Os próximos acontecimentos narrados sobre os momentos ainda dentro do hospital demonstram como a equipe de saúde interagiu diretamente nos acontecimentos posteriores à morte e à perda. No caso de S.E. e F., a enfermeira chefe da UTI perguntou a eles se queriam se despedir do filho. Em seguida S.E. questionou a enfermeira o que deveria fazer, buscando orientação e ouviu: *“Você é quem sabe”*. Conforme seu relato:

*Eu até costumo dizer que não, eu não sabia, eu não estava preparada pra isso, eu não sabia, eu optei por despedir, a gente optou por despedir. Ele estava lá né, eu perguntei se podia beijar. Até então eu não tinha beijado o G.[filho], eu tinha medo de beijar ele porque era muito pequenininho, esses cuidados, aí a gente entrou pra sala, eu e o F.[marido]. Só aí a gente entrou. Eu lembro na hora que o F.[marido]... ele tipo começou a chorar e saiu assim, aí eu beijei o G.[filho] e*

*falei pra ele assim ... “Você não está mais aqui né? Muito obrigada, muito obrigada o que a gente viveu, muito obrigada mesmo...” Fui até o F.[marido] e falei pra ele: “Muito obrigada, a gente foi muito feliz com certeza, a gente foi muito feliz juntos, muito obrigada por ter vivido isso comigo, por ter me permitido, por ter vivido isso junto”. Aí saímos de lá, foi bem rápido. Saímos de lá, então passamos então pros trâmites.*

Nesse momento, nos pareceu que S.E. além de buscar orientação dos profissionais que estavam mais próximos e conduzindo a situação, procurou neles um olhar atento e sensível, que pudesse lhe auxiliar a dar significado à despedida. Parece que ela tentou buscar amparo para entrar em contato com a perda do objeto amado, a realidade dolorosa da qual defendia-se e relutava em aceitar.

Para Freud(1917[1915]/1969e), o investimento libidinal mantém-se no objeto perdido, tornando-o por um período superinvestido, o que prolonga a permanência em nossa psique do ser amado através das lembranças. Nesse caso, o luto neonatal parece-nos ter uma especificidade que nos convida a pensar como a mãe em processo regressivo, misturando-se ao bebê em formação vivencia o próprio narcisismo e nascimento do filho psiquicamente objetificando-o (Bydlowski, 2002), se separando dele e elaborando a sua perda. Aqui a experiência do objeto perdido refere-se ao filho e a ela enquanto objeto que estava sendo narcisicamente investido, nos fazendo levantar a questão sobre a perda do objeto em tais condições. Outro fator importante que gostaríamos de abordar tem relação direta com as poucas lembranças armazenadas do filho, devido aos poucos dias de vida vivido. Nesse contexto, parece-nos realmente existir uma linha tênue entre o imaginário e o real em que o bebê passa a ser investido libidinalmente a começar de um lugar de projeção e identificação materna (Iaconelli, 2007), o que mais a frente será comentado.

O próximo fragmento da entrevistados faz levantar a questão que Iaconelli (2007) vislumbra no artigo: Luto insólito, desmentido e trauma: o que é que foi perdido por essa mulher nessa perda? Iaconelli (2007) comenta nesse mesmo texto: “Há algo da perda deste objeto que não se oferece à percepção, ou melhor, parafraseando Freud (1917[1915]1969e), não vislumbramos o que foi perdido no objeto e com o objeto” (p.615). Essa questão deve ser considerada em todos os casos aqui apresentados. Entretanto precisaríamos de mais tempo para desenvolvê-la satisfatoriamente, já que uma possível resposta seria extremamente subjetiva. Ainda assim a trouxemos por considerarmos ser fundamental pensarmos ao longo de toda a análise a dimensão da perda em uma extensão mais abrangente, inclusive em uma dilatação social.

Assim, S.E. descreve a Maternidade, seu quarto sem o bebê, e relembra a necessidade que ela e o marido sentiram, nos dias que se seguiram ao nascimento e à morte da criança, de ter algo bordado para o filho na porta do quarto. Depois da partida pareceu-nos ter ficado ainda mais evidente a associação da ausência dos objetos do filho, do enxoval e o medo de que essa falta pudesse torná-los invisíveis como pais, o que nos faz inferir como junto ao objeto corre-se o risco da perda do lugar materno e o silenciamento da experiência pela falta do reconhecimento do outro.

*Todas as mães tendo neném, visitando os nenéns, os nenéns nascendo e nosso quartinho sem nada, sem nenhum registro. O F. [marido] ainda falava, antes dele partir, assim que a gente sair daqui ...eu tinha feito um curso de bordado ... “vamos comprar as coisas pra você bordar algumas coisinhas pra ele”. Acho que vou colocar um chamex escrito G. [nome do filho] na porta [do quarto da maternidade][sic].*

Esse relato ressalta a importância da marcação desse nascimento e da validação dessa existência pelo outro. Verifica-se, assim, que o filho não apenas ocuparia um lugar afetivo na relação do casal, mas também uma condição social de filho, de parte de uma família, de uma comunidade. A necessidade de validação da existência desse descendente pela comunidade mais próxima indica a validação da própria condição de serem pai e mãe, apesar da perda do filho. Dentro dessa lógica, o reconhecimento sobre o lugar do bebê falecido torna-se condição para elaboração da perda (Iaconelli, 2007).

Em outro momento, S.E. destacou o olhar atento do marido e a relevância de sua atitude ao confirmar seu lugar de puérpera e assim legitimar seu papel materno. Interessante notar que o movimento de validação da experiência e do lugar de pai e mãe se inicia a partir do desejo de S.E. e F. desde os primeiros momentos da perda do filho, sem que haja interferências externas nesse sentido.

*A gente entrou dentro do avião, veio pela Latam e teve muita assistência. O F.[marido] foi muito sensível, ele falava assim pra mim [sic] pegar a fila de prioridade. Isso fez muita diferença, sabia? Porque eu tinha ido na fila de prioridade[chora], que faz razão, afinal às vezes eu esqueço, eu era uma puérpera e aí a gente trouxe a urna no colo, totalmente diferente. Foi a melhor decisão. Eu não imaginava que essa decisão seria tão acertada.*

A importância do reconhecimento social da condição de puérpera também foi apontada no momento em que S.E. descreveu a cerimônia fúnebre feita em uma capela em Trindade (cidade da região metropolitana de Goiânia) para celebrar a vida do filho: “F. [marido]

*entregou um pouco de cinzas [sic] para a família e o povo falava [...] S.E. sai da chuva, você teve um parto”*

Não obstante o reconhecimento de que havia passado por um parto com desfecho traumático, S.E. demonstrou ansiedade em relação ao lugar que o filho ocuparia na família estendida. A preocupação com esse lugar para algumas pessoas da família, “*de mais um morto*” [sic] a incomodava, juntamente com o discurso formado a partir de suposições e não da escuta de sua história. “*As pessoas sequer pararam para escutar a nossa história e o momento de escutar nossa versão*”, “*eu nunca me neguei a falar de G. [filho], a gente sempre fala muito do G.[filho]. Não sei, tem alguma coisa desse processo que eu não gosto dele, da forma que ele é dito, porque assim que viveu o G.[filho] foi o F.[marido] e eu*”. Aqui foi possível notarmos a dificuldade de S.E. ser ouvida, tanto no momento de falar sobre o filho com as pessoas, quanto em poder se colocar e dizer como realmente se sentia “*teve um período que eu me preparava muito pra sair de casa. Eles não falavam diretamente pra mim, mas na hora que estava ali em família faziam homenagem e eu ficava segurando a onda*”.

Aqui S.E. falou da dificuldade da família em escutar a narrativa de quem perdeu um ente amado, um filho, nos fazendo recordar como as pessoas evitam falar sobre a morte e como de fato na modernidade essas histórias são cada vez mais silenciadas, segundo Ariès (2012). O processo parece contraditório, não se encontra espaço para as narrativas e nem para os sentimentos que a perda e o luto podem gerar, mas se institui mais um morto, retirando dele a história e esvaziando seu lugar de filho, sobrinho, neto dentro de uma família, talvez porque esse não tenha sido apresentado ao mundo, o que comumente acontece em casos de morte neonatal (Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013).

Nesse sentido, a entrevistada relata:

*Eu estou lá de boa filmando a celebração da família, aí de repente entra as crianças com as bandeirinhas e agora todas as crianças vão entrar com a bandeirinhas do G.[filho]. Cara! Paralisei. Mas não paralisei também. Não precisava disso. Me pergunta sabe, antes... porque assim vai continuar sendo surpresa. Olha, eu estou pensando em fazer isso. Eu vou ficar surpresa pela iniciativa. Mas [sic] não faz na frente de todo mundo não, porque tem dia que a gente se junta tanto pra poder dar conta! E em público a gente fica numa situação que você tem que aguentar. Não dá pra chorar, eu conheço a família, não dá pra emocionar sabe?*

A frase “*mas não faz na frente de todo mundo não*” chama atenção para pensarmos em como o luto, um processo singular, pode ser atravessado pelo outro. E os próximos trechos demonstram como S.E. tentou conduzir a situação, apontando as dificuldades e afirmando que

com o marco de um ano sentiu uma mudança importante em seu processo, a qual descreveu como um momento em que cuidou do luto de todos e agora precisava que alguém conduzisse as situações em que a sua maternidade e a sua identidade fazem referência ao lugar materno e deveriam ser protegidas e preservadas.

*Não surtei como minha irmã pensava. Por incrível que pareça, eu fui tomada por uma lucidez que nem eu conhecia, inclusive nesse momento que fez o marco de um ano, ele tem sido um momento muito sensível pra mim. Eu sei o processo, assim que está ainda acontecendo. Eu tenho dito pro meu esposo, o fato de ter sido forte nesse processo me ajudou muito a guiar para as próximas fases, mas eu estou numa fase que eu quero me mostrar fraca. Estou pedindo ajuda pro meu marido pra que ele me veja como fraca nas coisas, que não confie que eu vou carregar todo mundo porque de alguma forma, pensando na identidade, eu vejo que nesse processo eu acabei carregando, conduzindo... Por exemplo, dia das mães, que eu me sentia muito tensa com a situação, que eu começo a pensar antes: “meu Deus do céu, como vai ser na casa da família do F.[marido]? Eles vão fazer uma homenagem, mas eles não me falam nada e aí como eu vou me comportar, vou querer chorar ou não vou? Eu vou ter que segurar ou não vou? Aí o que que acontece?” Eu me organizava. Quem vai ditar e organizar esse momento sou eu, comprei de dia das mães minha correntinha, já cheguei lá falando: “Olha a minha correntinha!” Afirmando a minha maternidade, falando de uma forma feliz, com uma roupa feliz, tipo, vamos lá, gente! Tipo, eu não queria que eles conduzissem o processo, então quando eu me sentia muito acuada, eu conduzia esse processo. E agora, com o marco de um ano, eu queria que alguém fizesse algo por mim e isso me deu uma mexida, assim, na situação né?!*

Parece-nos que à medida que o tempo foi passando, S.E. começou a entrar em contato com conteúdos que estavam mais represados, demonstrando como o processo de luto pode ser lento e doloroso. Freud(1917[1915]/1969e) descreve como particularmente difícil a tarefa de ajustar a quantidade de energia disponível para elaboração e reorganização dos ciclos de vida.

Apesar de evitar pensar em como o filho se desenvolveria e cresceria com o passar dos meses, em uma viagem S.E. diz ter se surpreendido quando sentiu a sensação de estar carregando uma criança nos braços.

*Eu tinha a sensação que eu estava carregando uma criança do tamanho... eu não paro para pensar como G.[filho] estaria hoje. Eu sempre acho que a história dele foi aquela e eu não fico nem calculando, tipo assim, dois meses sem G.[filho], três meses sem G.[filho], sabe? Eu tive o marco de um ano, mas eu não fiquei calculando assim os outros, né?! Mas ali daria uns sete a oito meses e a sensação que eu tinha do G.[filho] era os pezinhos aqui assim, bem abaixo do meu peito um palminho de criança. Eu lembro que conversei com uma amiga mesmo e ela falou que tem a parte inconsciente que é a parte humana de tudo que tinha feito pra tentar controlar, tem uma parte da gente que a gente não controla o*

*pensamento. E a sensação é que a minha mente estava de alguma forma, eu não sei essa palavra é um pouco pesada, mas me traindo. Eu tinha feito todo um esforço pra não trabalhar essa questão, como se ele não estivesse aqui e de repente eu senti ele no meu colo. Era muito forte! Que eles falam que é a síndrome do braço vazio. Fiz uma parte da história do G.[filho] que é o projeto de lei e agora eu não quero ser só a mãe de anjo, sabe!*

Esses dois últimos trechos demonstram como o luto e o processo de investimento vão se modificando ao longo do tempo com relação ao objeto perdido e ao lugar materno que precisa ser reafirmado constantemente na ausência do filho. Há uma demanda que o outro cuide desse lugar materno enquanto se desinveste do objeto, ao mesmo tempo em que se desinveste libidinalmente do lugar narcísico ocupado na gestação. Assim, desfaz-se uma relação de compromisso com o objeto perdido que permite investir em um objeto substitutivo: “*eu não quero ser só a mãe de anjo sabe!*” e no caso de S.E, ela decidiu engravidar de seu segundo filho.

S.E. em sua narrativa percebeu que transformar o seu luto em uma luta social, através do projeto lei que apresentou e instituiu a semana de Sensibilização à Perda Gestacional, Neonatal e Infantil em Goiás, a auxiliou na elaboração de parte da experiência vivida, principalmente a relacionada com o meio social, a qual articula reconhecimento e luto. Em muitos momentos, a própria lei pareceu também tratar do próprio filho, principalmente porque levou o nome G.(filho). Assim, a criança será personificada nos discursos de outras pessoas, o que lhe pareceu a continuidade da existência do bebê imaginado, do bebê ideal.

*Pra nós faz diferença porque é a memória dele, né? Às vezes eu falo pro F.[marido] que G.[filho] se tornou tudo que a gente sonhou pra ele, né!? Tudo que a gente queria porque a gente tinha muita preocupação de ter um filho que ia nascer em bases privilegiadaa e que não enxergasse as outras pessoas, né!? Que não olhasse para o próximo, que não percebesse que existem outras realidades no mundo... a gente falava muito isso, né? Que isso era umas das nossas preocupações, que a gente tinha muito. A gente falava isso, que gostaríamos que o G.[filho], que nosso filho fizesse algo por outras pessoas também.*

Dessa forma, S. E. disse ter sentido que essa parte do processo estava concluída e que precisava entender seus sentimentos com relação ao filho que perdeu e também à perda que evitou pensar, pois naquele momento, carregava-o nos braços.

Assim, anterior a esses últimos fragmentos que fazem referência à elaboração do luto e à decisão por engravidar que datam aproximadamente a ano da morte do filho, vamos retornar ao momento da história que S.E. contou sobre a revogação da sua licença maternidade, cerca

de dois meses após o parto, e explicar o encadeamento dos fatos que fazem menção ao projeto de lei.

S.E. relatou que próximo à data que estava prevista para o parto, recebeu a notícia de que a sua licença maternidade tinha sido revogada. A partir dessa notificação, ela iniciou uma batalha na justiça para ter o seu direito respeitado. S.E. ressaltava que essa revogação a fez viver o final de semana mais triste desde que G.(filho) havia partido. *“Porque assim, doeu muito, porque ali eu vi questionar a minha maternidade. Se eu não tenho direito da licença maternidade, então quer dizer que eu não sou mãe?”*. Nesse trecho, S.E. demonstrou que terem lhe negado o direito à licença significou para ela a mesma coisa do que lhe negar e retirar o lugar de mãe, o que dialeticamente nos faz pensar em como a mulher pode inconscientemente, na busca por ocupar o status de mãe que faz referência em nossa análise ao ideal do eu, tentar reencontrar o eu-ideal, aliado narcisicamente à sensação de completude (Ferrari, Picinini & Lopes, 2006). Até que ponto a maternidade e o movimento narcísico ou o tornar-se mãe tem a ver com aproximação do ideal do eu, com o eu ideal em uma perspectiva também social quando existe uma promessa de felicidade e de supervalorização da mulher nesse papel construído historicamente? Essa é uma questão importante que consideramos nessa análise.

A noção de ideal-do-eu nos remeteria a uma perspectiva futura e o eu-ideal a uma ilusão de reencontro consigo mesmo, como acontecia no passado. Nesse sentido, cabe perguntar se a própria gravidez e o amor pelo filho não possibilita esse reencontro tão almejado desde o momento no qual a repressão interveio e fez com que a criança se deparasse com a primeira impossibilidade, com a primeira ferida narcísica? (p. 273).

Nesse sentido, perder o lugar materno seria ser destituído desse lugar de satisfação, de possibilidade, de encontro, o que acontece de outra forma também nos casos em que o bebê sobrevive e a mulher exercita a maternidade, mas aqui nos atentaremos à morte do filho e ao que vem na sequência da possibilidade da perda do lugar materno, as implicações psíquicas e sociais ao sujeito que tenta se constituir na parentalidade.

*Eles transformaram em licença saúde, alegando a morte do bebê com base na portaria de 1990 e literalmente não é isso que ela diz, é essa a interpretação que me deram porque em nenhum momento diz que tem que transformar em licença saúde, eles criaram essa ideia que tem que transformar em licença saúde eu não entendo o porquê... assim? Redução do prazo de licença maternidade até compreendo, a tentativa de fazer isso, mas não no nosso caso, sobretudo nascido vivo não tem nenhuma previsão nesse sentido. Não tem de onde eles tirarem isso, nascido vivo é licença maternidade integral e natimorto que fala que a primeira*

*avaliação tem que ser após trinta dias, mas isso não quer dizer que a licença maternidade é de trinta dias. A primeira avaliação é após trinta dias e em todos os estados, não só aqui em Goiás, eles estão fazendo isso com todas as mulheres, estão considerando trinta dias de licença maternidade, ou seja, menos que o prazo de puerpério de 45 dias então não dá pra entender a lei, está escrito uma coisa e eles interpretam outra. Eles consideraram como licença maternidade 3 dias e transformaram em licença saúde somando o total de 60 dias.*

Notamos desse modo que não se trata apenas de uma posição em relação à situação de S.E., mas de um dispositivo social que tenta legitimar uma condição de saúde (física), em lugar de atestar a maternidade de mulheres que perderam seus filhos. S.E. entrou na justiça, juntamente com seu marido, em busca dos seus direitos e enfrentou um processo em que precisou reafirmar o lugar da experiência que a modificou. A nova decisão baseada no documento da junta médica saiu e ela conseguiu a licença maternidade. S.E. conta: “*Ficou muito bonito, o documento diz assim: ‘S.E. é mãe e está em luto’, luto não é doença, mas tem que compreender o momento. Ai, eu acredito que é o primeiro caso que eles garantiam a maternidade de 180 dias*”.

Desse modo, S.E expressou que para ela houve um reconhecimento da perda na mesma medida que existiu o reconhecimento do status do filho, do seu lugar materno e do seu status de mãe, o que Nasio (1997), conforme apresentou Iaconelli (2007), descreve como condição importante para que ocorra elaboração do luto. Depois, a mãe primípara narrou como ainda é difícil ser identificada pelos demais como mãe e como percebeu o luto perinatal especialmente singular.

*Porque realmente eu acho que o luto, sobretudo do perinatal, ele é diferente. A gente tem que lidar com dizer que é mãe e que é pai né? Todo mundo diz que a pior dor do mundo é perder um filho, mas quando é um filho nessa fase perinatal a gente tem que dizer que tem um filho, o reconhecimento é outro. Meu marido escutou ... “Ah, mas que bom que vocês conviveram pouco tempo....” As pessoas perguntam: “Ah, mas então vocês não têm filho, não?” Essa é minha segunda gestação, meu primeiro filho morreu! “Ah, mas então quer dizer que vocês não têm filho, não?” “Tenho, eu estou te falando, eu tenho dois filhos”.*

A partir das experiências do pós-parto, do luto parental e de ter que afirmar sua própria identidade materna, S.E. fez algumas considerações importantes, contribuindo muito para nossa pesquisa por nos fazerem pensar em um mecanismo social que, de forma insistente, nega o direito e desautoriza a experiência na ordem do desmentido que se encontra nas instâncias da morte e do luto e produzem subjetividades, ao mesmo tempo em que obstaculizam a capacidade

do homem de produzir mediações simbólicas na relação consigo e com o mundo (Gaulejac, 2014).

## Considerações Finais

Nossa pesquisa teórica evidenciou que os discursos em torno da parentalidade foram construídos socialmente ao longo dos períodos históricos de acordo com interesses políticos e religiosos. Na modernidade, começa-se a questionar as funções parentais a partir desses discursos que instituem o lugar da mulher e do homem na cultura, o que permite a novos estudos psicanalíticos articular subjetividade, processos de subjetivação e maternidade.

Nesse contexto de pesquisa, a gravidez e a chegada de um filho abrem possibilidade de aprofundar a investigação dos aspectos objetivos e subjetivos formadores do lugar materno, o que buscamos conhecer nessa dissertação, considerando as vias de sustentação, a rede de identificações e os processos psíquicos envolvidos. Nesse sentido, as narrativas autobiográficas contribuíram para o nosso estudo da perda neonatal e as implicações sociais, pois o método escolhido reúne uma série de acontecimentos que ao serem narrados, vão sendo situados no tempo em um encadeamento que permite pensar a causalidade, o que no possibilitou explorar a experiência da gestação e do pós-parto de forma singular, esclarecendo fatos a partir da narrativa do contexto. Isso nos permitiu discutir possíveis mecanismos sociais associados às demandas de legitimidade e de reconhecimento social.

Gostaríamos ainda de enfatizar que ao longo do processo de pesquisa percebemos a importância das narrativas no campo psicológico, na reconstituição dos fatos e no processo de elaboração da experiência. Assim, pareceu-nos que o desenvolvimento das entrevistas de modo próximo a uma escuta e ao contexto de um *setting* psicanalítico colaborou para a organização de uma série de acontecimentos que ao serem rememorados podem fazer com que o sujeito entre em contato com um material reprimido e o torne consciente (Freud, 1914/1969j).

Assim, foi realizada a entrevista e análise do relato de três mulheres que nos chegaram após a divulgação do projeto de pesquisa em grupos de mães através do *WhatsApp*. A primeira entrevistada foi J.E, a segunda S.E e a terceira e última J.A. Ao analisar as entrevistas tentamos fazer inferências a respeito dos casos, apenas sobre o que foi relatado. No processo de geração de dados buscamos articular os sentidos que os sujeitos atribuem às suas experiências a caminho da validação junto à representação da realidade que o cerca. Assim, procuramos compreender o máximo de informações disponibilizadas pelas entrevistadas, tanto nos aspectos psicológicos quanto nos aspectos que compreendem o contexto dos acontecimentos.

Para fazermos as análises das narrativas contamos principalmente com a experiência das entrevistadas e suas elaborações a respeito das próprias vivências. Ao final das entrevistas,

percebemos que muitas outras informações seriam necessárias para alcançarmos uma parte da história de vida das envolvidas mais abrangente afim de esclarecermos certos pontos, mas nos vimos obrigadas a prosseguir com os dados colhidos, mesmo que limitados. Primeiramente transcrevemos as narrativas e muitas vezes fez-se necessário recorrermos novamente aos áudios para conseguirmos apreender e assimilar o que estava sendo dito, diferenciando o narrado do que remetia à própria experiência da entrevistadora e de sua escuta clínica. Dessa forma, por sabermos que a análise das entrevistas perpassa a subjetividade da pesquisadora, em muitos momentos foi importante a leitura em grupo das transcrições para que pudéssemos absorver as impressões provenientes de outras percepções e subjetividades.

Outro dado relevante que gostaríamos de frisar tem a ver com a elaboração da própria dissertação e do quanto esta foi ganhando corpo à medida que os textos teóricos eram lidos e compreendidos. A cada capítulo escrito e revisado foi possível amadurecer as ideias e pensar a pesquisa, mas o ponto fundamental para repensar os conceitos abordados foi demarcado como o momento da análise das entrevistas, quando tornou-se possível reconsiderar os objetivos, reconstruí-los e nomear o que de fato gostaríamos de pesquisar acerca da identidade parental, aproximando-a da elaboração psíquica da mulher com relação à experiência do lugar materno, à identificação com outras mulheres e à busca por reconhecimento deste lugar social.

Em contrapartida, umas das maiores dificuldades encontradas ao longo do estudo foi a de trabalhar com a noção de identidade dentro da Psicanálise. Como essa teoria não conceitualiza o termo, nos demoramos para compreender que a identidade não seria apreendida como objeto. Dessa forma foi preciso um tempo maior de discussão para chegarmos à conclusão de que em nossas análises deveríamos nos acerrar da elaboração da presença do outro no processo de constituição do eu junto ao campo das diferentes identificações parciais no processo identitário (Zimmerman, 2008). Assim, foi preciso desenvolver a noção de narcisismo como a fase intermediária entre o autoerotismo e o amor objetal (Freud, 1914/1969m) na constituição do sujeito e no período da gestação. Entendemos assim que o narcisismo foi ponto fundamental para abrangermos a antítese entre a libido do ego e a libido objetal, tanto no momento da gravidez, quanto no nascimento do bebê e no processo de luto (Freud, 1914/1969m). Mais à frente buscamos abarcar a escolha objetal atravessada pelo outro no campo social ao complexo de Édipo e à modificação da estrutura dos lugares previamente organizados da família, modificando a visão psicanalítica do feminino.

Nessa fase também encontramos dificuldade, pois foi necessário aproximar os processos constitutivos que envolvem a identificação da mulher com a maternidade ou com o lugar materno a fim de pensar historicamente a composição subjetiva vinculada ao fenômeno social.

Concluimos assim que o ideal do eu é um dos pontos mais críticos dessa discussão e foi um desafio transpor toda essa articulação entre psiquismo e os processos de subjetivação respeitando a singularidade de cada mulher e as vias que essas mulheres percorreram dentro de suas histórias para tornarem-se sujeitos. Percebemos que participar da pesquisa foi para as entrevistadas uma forma de intervir em sua própria história, bem como na de outras mulheres. Vendo-se como portadoras de historicidade, pareceu-nos que elas buscaram se posicionar dialeticamente enquanto sujeitos entre a história que as antecedeu e as constituiu e as possibilidades de modificar o seu presente e futuro (Gaulejac, 2014).

Nesse sentido, ao longo de nossa pesquisa sobre a construção da identidade parental foi possível perceber como o papel social está atrelado à instância social e intrinsecamente articulado ao trabalho psíquico que a mulher irá realizar anteriormente e durante a gestação e após o parto. Sob essa perspectiva, a particularidade de cada narrativa e seu contexto contorna e borda a própria história, junto a elementos comuns à família e ao meio, formando a identidade (Gaulejac, 2014).

Aprofundando o tema, o projeto parental estaria para Gaulejac (2014) penetrado de desejos inconscientes e conscientes dos genitores sobre seus descendentes e seria atravessado por contradições e sentimentos ambivalentes. Para o autor, o projeto corresponderia a um conjunto sociopsicológico que em um nível arcaico, se referiria ao “cruzamento do narcisismo primário e da busca da onipotência, em que o ideal do eu canalizaria as pulsões para a busca de um absoluto” (p. 40). A nível afetivo, levaria “o indivíduo a se desenvolver pela identificação e diferenciação sucessivas, imitando pessoas amadas e amando aquelas que correspondem ao modelo ideal internalizado” (p. 40). A nível ideológico, conduziria “o filho a retomar por sua própria conta os valores, as normas e o ethos dos personagens que lhe são apresentados como modelos de identificação e a rejeitar aqueles que lhe são apresentados como antimodelos” (p. 40). E, ao um nível sociológico, estaria diretamente interligado a “ideais coletivos de modelos de sucesso social de um sistema ético que se traduzem religiosa, política e socialmente em práticas das quais o filho é levado a participar e a aderir” (p. 40).

Assim sendo, o projeto parental para o autor seria um conjunto sociopsicológico que recobriria vários níveis complexos sobre os quais fomos tomando consciência ao longo de nosso estudo a respeito da evolução da parentalidade e de seu(s) projeto(s). Diante disso, gostaríamos de ter abarcado a discussão dos vários níveis, o que não foi possível devido ao recorte feito e/ou ainda das próprias limitações da pesquisadora e suas leituras teóricas. Dessa forma, compreendemos que nossa dissertação discutiu e apresentou interpretações mais próximas aos itens que correspondem ao nível arcaico, afetivo e ao ideológico.

Trabalhamos portanto com a análise compreensiva, que permitiu-nos conjecturar a respeito dos casos e nos possibilitou pensar como os processos psíquicos referentes ao narcisismo na maternidade estão em consonância com o sobreinvestimento libidinal da mãe, enquanto próprio objeto, mostrado por Aulagnier (1994a) e Bydlowski (2000a), citados por Ferrari, Picinini e Lopes (2006), e como outros processos singulares e sociais podem atravessar esse investimento de forma a modificar inclusive o investimento no objeto-filho.

A pesquisa ainda nos possibilitou fazer outras indagações que consideramos importantes: Como a mulher faz a passagem do investimento libidinal no filho diante da morte dele? (Bydlowski, 2002). Como o luto e o sobreinvestimento do objeto perdido prolongam a permanência do objeto amado quando existem poucas lembranças e vivências com o recém-nascido a partir das idealizações (Iaconelli, 2007).

Procurando responder essas questões, no nosso estudo tratamos do luto do objeto, mas buscamos centralizar nossas percepções no luto parental quando percebemos que a mulher que perde um filho, perde um lugar, um status, no qual busca ser reconhecida. Nessa tentativa de abordar a mulher\mãe em transição no puerpério e o seu processo identitário após a perda do filho, procuramos discutir parte desses conteúdos no campo da identificação mobilizado em instâncias da vida privada e pública.

Dentro dessa lógica analisamos como cada mulher demonstrou elaborar a trajetória de sua biografia e atualizar as experiências desde a gestação até a perda no pós-parto de uma forma mais ou menos articulada com o contexto social em que estava inserida. Chamou-nos atenção que as mulheres que conseguiram pensar seus processos abrangendo a maternidade e os seus atravessamentos no âmbito social conseguiram nomear seus sentimentos e reconhecer melhor suas necessidades e as expectativas também com relação ao outro.

Nesse sentido, a busca por reconhecimento foi um elemento que encontramos em todas as narrativas e percebemos através das análises a movimentação das entrevistadas principalmente na associação entre esse reconhecimento e a validação da experiência. De outra forma, consideramos que mesmo existindo essa tentativa de validação, em cada mulher houve uma urgência maior ou menor quanto ao reconhecimento social de sua maternidade, de seu sofrimento ou de sua perda. Outro dado fundamental que abordamos nas análises das entrevistas a partir de Iaconelli (2007) é como o reconhecimento torna-se condição importante para que ocorra elaboração do luto. Como na perda neonatal as circunstâncias remetem a uma criança que não foi apresentada ao mundo, a mãe e os familiares muitas vezes vivenciam o luto desmentido e por isso podem encontrar dificuldades em sua elaboração.

Outo elemento que consideramos relevante e que merece destaque tem a ver com os encontros dessas mulheres com os grupos Mães de anjo, cuja procura inicial em todas as narrativas partiu das próprias narradoras. Durante as análises, foi possível perceber, de forma muito clara, como inicialmente a busca dessas mulheres vai de encontro a um lugar de suporte psicológico, um lugar de fala, de identificação e ancoragem para os processos identitários em andamento. Assim como em curso, os encontros propiciam o olhar amplo acerca dos atravessamentos sociais que constituem o campo da perda perinatal, de modo que mais à frente surgem as mobilizações coletivas em busca de mudanças do cenário social que correspondem ao direito e ao reconhecimento dessa situação através de lutas societárias.

Nesses grupos, as puérperas expressaram seus sentimentos com relação à perda, ao luto, às outras mães que tinham filhos vivos e às crianças pequenas, assim como trocaram experiências a respeito da reação e comentários de outras pessoas sobre a morte de seus filhos. Nas narrativas percebemos como foi difícil para algumas mulheres falar sobre a ambivalência de seus sentimentos com outras pessoas que não tiveram a mesma vivência, principalmente quando lidaram com sentimentos negativos com relação a outras vidas. Nesse sentido, o estudo de Duarte e Turato (2009) nos esclarece como as comunidades virtuais oportunizam a troca de experiência e a elaboração dos múltiplos sentimentos vividos, atuando inclusive atualmente como suporte psicológico.

O contexto do grupo de Mães de anjo ganha destaque principalmente diante da impossibilidade da escuta por parte da família e das demais pessoas próximas. Nas narrativas colhidas apareceu com certa frequência a dificuldade de as entrevistadas falarem sobre a perda sofrida devido ao fato de as pessoas próximas não pararem para escutar suas histórias. Todas as mulheres relataram sentir essa dificuldade de serem escutadas principalmente com relação à família. Um dado interessante que apareceu em duas entrevistas e gostaríamos de apontar na parte das considerações finais a fim de lhe dar ênfase e refletirmos tem a ver com o fato das únicas pessoas da família capazes de falar do bebê falecido com naturalidade serem crianças.

Trecho da entrevista de J.A.:

*Das crianças que foram no velório até hoje fala. “Nossa, se o J. T. [filho] tivesse aqui a gente ia estar fazendo não sei o quê”, ou então de olhar para o céu, e esses dias eu estava olhando para o céu com minha afilhada, de ver que desenho que as nuvens faziam: “nossa, aquele parece um anjo! É o J. T.[filho]”, então eles têm essa percepção, de carinho, as crianças falam mais do J.T. do que os adultos, e se vê que não fala com um peso, tipo assim, do carinho mesmo se tivesse aqui. “Lembra? Eu beijava a barriga, você cantava essa música pra mim e para o J. T. [filho] e tal”, sempre tem essa percepção, acho que não tem um que não fale,*

*até tem a M. muito inteligente, ela fez 6 anos agora, ela falou assim: “o J. T.[filho]...” , a irmã dela de 8 anos cutucou ela tipo assim não é pra falar.*

*J.A: Eu falei pode falar M.*

*M: mas quando eu falo, você chora.*

*J.A: nããoo, antes estava no início, vai ter dia que a madrinha vai chorar, mas vai ter dia que a gente vai sorrir. Não foi muito bom quando ele estava com a gente e brincava junto com a gente?*

*M: é....*

*J.A: então você pode falar e depois disso aí ela sempre fala.*

Nesse fragmento, temos uma criança mais nova e outra mais velha. Pensamos que, porque a criança mais velha provavelmente assimilou um pouco mais a cultura, sua reação é diferente da criança menor diante de alguém por quem tem carinho e perdeu um bebê. Sabemos pelos estudos apresentados que, segundo Ariès (2012), na modernidade as pessoas que passam pela perda sentem-se cada vez mais silenciadas por causa da interdição da morte e do luto. Desta forma, talvez esse seja o motivo das crianças falarem mais sobre a morte do que os adultos, este seria um tema interessante para mais uma pesquisa.

Outro fator que merece atenção em nossas considerações finais e poderia ter sido mais amplamente discutido no corpo teórico da dissertação tem a ver com o conceito de ambivalência e como sentimentos dessa natureza estão presentes nas relações do sujeito e também no processo de identificação com os lugares ideais. Laplanche e Pontalis (2001), conceitualizam “ambivalência a partir da Psicanálise como a presença simultânea de sentimentos opostos de amor e ódio nas tendências e atitudes na relação com um mesmo objeto” (p. 17).

Alguns estudos relacionam maternidade a sentimentos ambivalentes, sobretudo nos primeiros tempos da relação mãe-bebê, já outros, mais contemporâneos, expõem a dificuldade de discutir o assunto maternidade e ambivalência por esse tema tratar de ideias inconcebíveis para nossa sociedade ocidental, como a de talvez uma mãe poder não amar o seu filho. Nesse sentido, para Mathelin (1999, p. 14), mostrado por Rodriguez e Carneiro (2013, p. 115), pensar a existência de “um amor materno sem violência, sem ódio, sem ambivalência seria tão radical quanto negar a existência do inconsciente”.

A psicanálise compreende a ambivalência como constituinte das relações humanas e pulsionais, como demonstrado por Klein e Riviere (1937/1978), segundo Rodriguez e Carneiro (2013), que afirmam que seria por meio da ambivalência que surgiria “o sentimento de culpa e a necessidade de reparação, conjunto de elementos concorrentes para a atividade fundamentais nas interações humanas” (p. 116).

O projeto parental assim, se inscreve segundo Gaulejac (2014) num contexto que determina as identificações possíveis e impossíveis. Nesse sentido, pensamos em como no campo das identificações impossíveis a mulher vai costurar as identificações anteriores às novas experiências como mãe e mulher, vivenciando a ambivalência em maior ou menor intensidade diante do contexto sociocultural no qual está inserida.

De forma semelhante, percebemos a ambivalência com relação ao processo identificatório em casos de morte neonatal. Nas narrativas existem algumas considerações a respeito do dia das mães e como as mães de anjo enfrentam esse dia com muita dor. Em alguns grupos familiares as entrevistadas relataram ter havido homenagem, em outros a família agiu de forma discreta, sem muito assunto. Para além de um dia comemorativo, pensamos essa data e a significação dos movimentos na tentativa de compreender o processo de identificação de mães que passaram pela perda, e se essas conseguem se identificar com as mães de filhos vivos. Em certos momentos parece que a identificação de mulheres que têm filhos vivos com mães enlutadas abre possibilidade de pensar a morte. Parafraseando Freud (1915/1969k), “revelávamos uma tendência inegável para pôr a morte de lado, eliminá-la da vida. Tentamos silenciá-la” (p. 299). Nesse sentido, parece-nos que muitas mulheres, mães de filhos vivos, evitam entrar em contato com tal conteúdo não falando de tal possibilidade até mesmo quando torna-se real.

Sob outra perspectiva, aquelas que perderam seus filhos identificam-se pela perda e ausência do filho, não pela presença deles, talvez por isso em alguns casos não se identifiquem com mães de filhos vivos. Nesse sentido, os processos de identificação encontram vias diferentes e devem mobilizar conteúdos divergentes em um contexto de especificidades que poderiam ser pesquisados em uma próxima análise. Assim, para finalizar nossas considerações trouxemos um trecho de uma mensagem enviada por S.E. uns dois meses após o término das entrevistas em que ela comenta sobre suas elaborações acerca da maternidade no terreno das identificações na perda neonatal:

*Mas o que pensei foi: “se mães de anjos lutam tanto para serem reconhecidas como mães, por que não se identificam também?” E outra coisa: “o que significa para as mulheres que vivenciaram perdas gestacionais e neonatais serem reconhecidas como mães? Por que isso é tão importante?! O que mais envolve essa questão??” Se nossos filhos “anjos” estivessem vivos, nós também teríamos ficado loucas como eles nesta “quarentena”. Me preocupo com a romantização da maternidade quando “mães de anjo” adotam discursos ilusórios sobre a relação de cuidados e vínculos materno-filial. E pensei também: “o que faz algumas mulheres desejarem a própria morte por não terem filhos a criar?!” Mais uma vez, para além das questões individuais, penso nas consequências do*

*"dispositivo materno" e tudo que ele desencadeia. Essa situação de mulheres não se sentem completas se não forem mães. Acredito que ter uma visão diferente sobre isso me ajudou a lidar com meu luto. Nunca pensei que era "menos mulher" por não ter meu filho nos braços, porque meu corpo o expulsou de forma tão prematura. A maternidade é uma escolha. Não é o determinante de minha identidade enquanto mulher. Com certeza, transformou meu "ser mulher", acrescentando experiências... Mas não ter sido "bem-sucedida" no projeto de ter filhos não me fez uma mulher com "pontos a menos". Então, o que define a "pauta" identitária das mães de anjo?? O reconhecimento da maternidade? O reconhecimento da perda?? Pode ser também ...Será que os grupos de apoio estão conseguindo contemplar todas as necessidades de reconhecimento desse grupo? É impossível apenas raciocinar. Por mais estudos que a mulher tenha sobre a questão de gênero, é a experiência dela que está sendo vivida, é a expectativa dela ... é a nossa expectativa. E perder um filho frustra ...Dói. Nos coloca inacabados. Não acho que eu era "menos mulher" no sentido do gênero. Mas sim... acho que me coloca mais incompleta diante de um sonho não vivido, de uma expectativa frustrada, e para muitas... diante da maternidade impossível.*

## Referências Bibliográficas

- Andrade, M. A. G. (2002). Tornar-se pais, tornar-se mãe o processo de parentificação. Em Corrêa Filho, L., Corrêa, M. E. G., & França, P. S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos. Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê* (pp. 167-187). Brasília: L. G. E.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM 5*. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, A. L. (2001). A dança no tempo na poética do Kairós. *Revista Ideação*. Núcleo Interdisciplinar de estudos e pesquisas e filosóficas da Universidade Estadual de Feira de Santana, 1(7), 91-104.
- Ariès, P. (2012). *História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.
- Ataide, Y. D. B. (2016). História oral e construção da história de vida. Em Souza, E. C. & Abrahão, M. H. M. B. (Orgs.). *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*. Dados Eletrônicos: Porto Alegre: EDIPUCRS; Salvador: EDUNEB. Recuperado de <http://www.pucrs.br/edipucrs>
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno* [Recurso Digital]. (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.
- Baltazar, D. V., Gomes, R. F. de S., & Segal, V. L. (2014). Construção de vínculo e possibilidade de luto em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Revista da SBPH*, 17(1), 88-98. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582014000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100006&lng=pt&tlng=pt).
- Benjamin, W. (1986). Experiência e pobreza. Em Benjamin, W. *Documentos de cultura: Documento de barbárie: escritos escolhidos* (pp. 195-198). São Paulo, SP: Cultrix/Editora da Universidade de São Paulo.
- Bertaux, D. (2010). *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos* (Cavalcante, Z. A. C., Cavalcante, D. M. G., & Lavallée, D. M. G., trads.). São Paulo, SP: Paulus.
- Birman, J. (2017, 27 de maio). Subjetividade Contemporânea: Crise da Identidade Moderna. Em *Narciso no Espelho do Século XXI: Diálogos entre a Psicanálise, as Ciências Sociais e a Comunicação* [Vídeo do Youtube]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=BPqPm5cLA3g>.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. *Manual técnico: Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada* (3a ed.). Brasília, DF. Editora MS.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* (2a ed.). Brasília, DF. Editora MS.

- Brasil, M. V., & Costa, A. B. (2018). Psicanálise e feminismo e os caminhos para maternidade: Diálogos possíveis. *Psicologia Clínica*, 30, 427-446. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n03A02>
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher Grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. Em Corrêa Filho L, Corrêa, M. E. G., & França, P. S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos. Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê* (pp.205-214). Brasília: L.G.E.
- Bydlowski, M., & Golse, B. (2002). Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma via de Objetualização. Em Corrêa Filho, L, Corrêa, M. E. G., & França, P. S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos. Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê* (pp.215-220). Brasília: L.G.E.
- Carvalho, F.T., & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de psicologia*, 57(126), 33-48. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000659432007000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000659432007000100004&lng=pt&tlng=pt)
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. XIII Plenário do Conselho Federal de Psicologia. Brasília.
- Costa, M. C. G. (2001). *Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado* (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28082006163012/publico/MariaCristinaGuimaraesdaCosta.pdf>
- Cruz, R. S. B., Caminha, M. F. C., & Batista, M. F. (2014). Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 18(1), 87-94. Recuperado de <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/15780/11722>
- Diniz, S. G. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Journal of Human Growth and Development*, 19(2),313-326. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&tlng=pt).
- Donzelot, J. (1980). *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 485-490. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000300009>
- Dunker, C. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros* [Recurso Digital] (1a ed.). São Paulo: Boitempo.
- Dunker, C. (2017, 27 de maio). Subjetividade Contemporânea: Crise da Identidade Moderna. Em *Narciso no Espelho do Século XXI: Diálogos entre a Psicanálise, as Ciências Sociais*

*e a Comunicação* [Vídeo do Youtube]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=qrRB7Er3e5Q&t=31s>

- Felice, E. M. (2000). *A psicodinâmica do Puerpério*. São Paulo, SP: Editora Vetor.
- Feres, C. M. (2009). *A sombra do objeto: considerações sobre a constituição do eu na psicanálise freudiana* (Tese de doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Fernandes, M. H. (2011). *Corpo* (4a ed., Coleção Clínica Psicanalítica). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Ferrari, A. G., Picinini C. A., & Lopes R. S. (2006). O narcisismo no contexto da maternidade algumas evidências empíricas. *Psico*, 37(3), 271-278. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/25531784.pdf>
- Figueiredo, L. C. (2007). A representação e os seus avessos. Em Figueiredo, L. C. (Orgs.). *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação 1500-1900* (pp. 105 -128). São Paulo, SP: Escuta.
- Folino, C. S. G. (2014). *Sobre dores e amores: caminhos da tristeza materna elaboração psíquica da construção da parentalidade* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo Instituto de Psicologia, São Paulo.
- Freud, S. (1969a). A dissolução do complexo de Édipo. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XIX, pp.191-199). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1924)
- Freud, S. (1969b). A negativa. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XIX, pp.263-272). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1925)
- Freud, S. (1969c). Feminilidade. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XXII, pp. 113-134). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1933[1932])
- Freud, S (1969d). Inibições, sintomas e ansiedade. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XX, pp. 81-171). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1926[1925])
- Freud, S. (1969e). Luto e melancolia. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XIV, pp. 245- 265). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1917[1915])
- Freud, S. (1969f). Mal-estar na civilização. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XXI, pp. 67-148). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1930[1929])
- Freud, S. (1969g). Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J.,

- trad.). (Vol. IX, pp.167-186). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1908)
- Freud, S. (1969h). O ego e o id. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XIX pp. 15-80). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1923)
- Freud, S. (1969i). Psicologia de Grupo e a Análise do Ego. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XVIII pp. 79-154). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1921)
- Freud, S. (1969j). Recordar, repetir e elaborar: Novas Recomendações sobre a técnica da Psicanálise. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XII pp. 161-163). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1914)
- Freud, S. (1969k). Reflexões para os tempos de guerra e morte. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XIV, pp. 285-311). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1915)
- Freud, S. (1969l). Sexualidade feminina. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XXI, pp. 231-233). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1931)
- Freud, S. (1969m). Sobre o narcisismo: uma introdução. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XVI, pp. 77-108). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1914)
- Freud, S. (1969n). Sobre a transitoriedade. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XIV, pp. 317-319). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1916[1915])
- Freud, S. (1969o). Totem e Tabu. Em *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Salomão, J., trad.). (Vol. XIII pp. 21-163). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1913[1912-13])
- Gallo, S. (2017). Biopolítica e subjetividade: resistência? *Educar em Revista*, 66,77-94. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.53865>
- Gaulejac, V. (2014). *A neurose de classe: trajetória social e conflitos de identidade*. São Paulo: Editora Via Lettera.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614-623. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>
- Iaconelli, V. (2012a). *Mal estar na maternidade: do infanticídio a função materna* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Iaconelli, V. (2012b). *O que é psicologia perinatal: definição de um campo de estudo e atuação*. Área de Estudos do Instituto Brasileiro de Psicologia Perinatal. Instituto Gerar. Recuperado de <http://doczz.com.br/doc/563588/psicologia-perinata---instituto-brasileiro-de-psicologia-...>
- Iaconelli, V. (2019). Apresentação (Dossiê Parentalidade e vulnerabilidades). *Revista Cult* (251a ed., pp.278-339). São Paulo: Editora Bregantini.
- Kehl, M. R. (2008). *Deslocamentos do feminino* (2a ed.). Rio de Janeiro. IMAGO.
- Klein, M., & Riviere, J. (1975). *Amor, ódio e reparação: as emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico* (2a ed.). Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo.
- Lacerda Jr, F. (2013). Capitalismo dependente e a psicologia no Brasil: das alternativas à psicologia crítica. *Teoría y crítica de la psicología*, 3, 216-263. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5895413>
- Lago, M. C. S. (2012). A psicanálise nas ondas do feminismo. *Repositório Institucional, UfSC*. Recuperado de [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1350/a\\_psicanalise\\_nas\\_ondas.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1350/a_psicanalise_nas_ondas.pdf?sequence=1)
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2001). *Vocabulário da psicanálise* (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Lechner, E. (2016). Narrativas autobiográficas e transformação de si: devir identitário em ação. Em Souza, E. C. & Abrahão, M. H. M. B. (Org.). *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*. Dados eletrônicos: Porto Alegre: EDIPUCRS; Salvador: EDUNEB. Recuperado de <http://www.pucrs.br/edipucrs>
- Maldonado, M. T. (2013). *Psicologia da Gravidez*. Rio de Janeiro, RJ: Jaguatirica Digital.
- Medeiros, C. (2020). Modalidades da dor. Em Medeiros, C. *No limiar: a dor*. (1a ed., pp. 87-120). Curitiba: Appris.
- Mezan, R. (2017, 27 de maio). Subjetividade Contemporânea: Crise da Identidade Moderna. Em *Narciso no Espelho do Século XXI: Diálogos entre a Psicanálise, as Ciências Sociais e a Comunicação* [Vídeo do Youtube]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=cSQsnCRMAuk&t=573s>
- Moreira, J. O. (2004). Édipo em Freud: o movimento de uma teoria. *Psicologia em Estudo*, 9(2), 219-227. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000200008>
- Moretto, M. L. T., Kupermann, D., & Hoffmann, C. (2017). Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(1), 97-112. São Paulo. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n1p97.7>

- Muza, J. C., Sousa, E. N.; Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: teoria e prática*, 15(3), 34-48. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872013000300003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003)
- Oliveira, M. G. (2017). Quem tem medo da ilusão biográfica? Indivíduo, tempo e histórias de vida. *Topoi*, Rio de Janeiro, 18(35), 429-446. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/2237-101x01803509>
- Osis, M. J. M. D. (1998). Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 25-32. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>
- Peixoto Jr., C. A. (2004). Sujeição e singularidade nos processos de subjetivação. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 7(1), 23-38. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982004000100002>
- Pereira, M. (2006). Saber do tempo: tradição, experiência e narração em Walter Benjamin. *Educação & Realidade*, 31(2), 61-78. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/6845>
- Pinheiro, T. (1991). Reflexões sobre as bases do amor materno. Em Hiferding, M., Pinheiro, T., & Vianna, B.H. *As bases do amor materno: vida e obra de Margarete Hiferding* (pp.103-131). São Paulo: Editora Escuta.
- Poster, M. (1979). *Teoria Crítica da Família*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Reis, J. R. T. (1989). Família, Emoção e ideologia. Em Lane, S. T. M., & Codo, W. (Orgs.). *O homem em movimento* (8a ed., pp.99-124). São Paulo, SP: Ed. Brasiliense.
- Rodriguez, F. T., & Carneiro, T. F. (2013). Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo psicanalítico*, 45(1), 111-121. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382013000100008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000100008&lng=pt&tlng=pt).
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Silva, M. V. N., & Santo, E. S. E. (2015) A história das primeiras mulheres psicanalistas do início do século XX. *Revista do programa de pós-graduação em história da UNB, Brasília*, 3 (6), 135-156. Recuperado de <https://doi.org/10.26512/hh.v3i6.10913>
- Soifer, R. (1991). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Souza, E. C. (2016). Apresentação. Em Souza, E. C., & Abrahão, M.H.M.B. (Orgs.) *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*. Dados Eletrônicos: Porto Alegre: EDIPURS; Salvador: EDUNEB. (Obra original publicada em 2006). Recuperado de <http://www.pucrs.br/edipucrs>
- Spitz, R. A. (2004). *O primeiro ano de vida* (3a ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.

- Szejer, M. (2002). Uma abordagem psicanalítica da Gravidez e do nascimento. Em Corrêa Filho, L, Corrêa, M. E. G., & França, P. S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos. Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê* (pp.188-204). Brasília: L.G.E.
- Tavares, A. C. S. (2013). *Lutos gestacional e neonatal: vivência subjetiva materna da perda* (Dissertação de mestrado). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Portugal, Lisboa.
- Tenenbaum, D. (1996). O eu, os objetos e a identidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 30 (3), 1-18. Recuperado de: <http://www.medicinapsicossomatica.com.br/cv/identidade.pdf>
- Villela, W., & Monteiro, S. (2005) Atenção a saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. Em Villela, W., & Monteiro, S. (Orgs.). *Gênero e Saúde: programa saúde da família em questão* (pp. 15-32). São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas-UNFPA. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000131&pid=S1413-8123201100120002300017&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000131&pid=S1413-8123201100120002300017&lng=pt)
- Zanello, V. (2016). Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a Psicologia. Em Zanello, V., & Porto, M. (Orgs.). *Aborto e (não) desejo da maternidade(s): questões para psicologia* (pp.103-122). Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP\\_Livro\\_Aborto-2.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP_Livro_Aborto-2.pdf)
- Zimerman, D. (2008). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.
- Zornig, S. M. A-J. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo psicanalítico*, 42 (2), 453-470. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382010000200010&lng=pt&tlng=p](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000200010&lng=pt&tlng=p)
- Yin, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso.
- Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães* (2a ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2000). A ansiedade associada a insegurança. Em Winnicott, D. W. *Da Pediatria a Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 163-167). (Khan, M. M, intr.; Bogomoletz, D., trad.). Rio de Janeiro: Imago. Ed., 2000. (Obra original publicada em 1952)
- Winnicott, D. W. (2000). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. Em Winnicott, D. W. *Da Pediatria a Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 254-276). (Khan, M. M, intr.; Bogomoletz, D., trad.). Rio de Janeiro: Imago. Ed., 2000. (Obra original publicada em 1949)

## Apêndice

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você/Sr./Sra. está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Puerpério e identidade materna, diante da perda neonatal e suas implicações sociais na parentalidade”. Meu nome é Florise Teles Andrade, sou a pesquisador (a) responsável e minha área de atuação é a psicologia. O projeto de pesquisa tem como objetivo geral: compreender a psicodinâmica do puerpério, nos casos de morte neonatal, e os processos de subjetivação na reconstrução da identidade.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence ao (à) pesquisador (a) responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado(a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas *sobre a pesquisa* poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es) responsável(is), via e-mail (floriseteles@hotmail.com) e, inclusive, sob forma de ligação, através do(s) seguinte(s) contato(s) telefônico(s): (62)3922-6967/(62)9944-0466, inclusive com a possibilidade de ligação a cobrar. Ao persistirem as dúvidas *sobre os seus direitos* como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215.

O presente trabalho tem como objetivo geral compreender a psicodinâmica do puerpério, nos casos de morte neonatal, e os processos de subjetivação na reconstrução da identidade. Para tanto, será realizada pesquisa qualitativa, do tipo exploratório para conhecer a problemática, dentro do contexto histórico-cultural apreendido. O método utilizado para geração de dados será de entrevista narrativa com mães primíparas, que perderam seus filhos(as) entre 0 a 27 dias de vida, caracterizado como morte neonatal precoce ou tardia. O estudo se caracteriza como transversal, pois será feito um estudo de caso clínico dentro da “unidade-caso” de um indivíduo num contexto histórico definido. O estudo se destaca por oferecer um espaço de fala para essas mulheres e se torna relevante por possibilitar um olhar endereçado a constituição da subjetividade à processos identitários e implicações sociais, constitutivos do puerpério. Com o aprofundamento teórico da problemática estudada, visa-se contribuir com a qualidade de assistência à mãe enlutada, tanto no atendimento hospitalar

quanto no espaço da clínica, e construir aportes á pratica médica, psicológica e as demais áreas da saúde.

Você será entrevistado e, para isso, deverá reservar um período de, pelo menos 60 minutos para que possamos conversar. As narrativas serão gravadas e, posteriormente, serão transcritas na íntegra. Da mesma forma, serão feitos registros das falas no diário de campo, com lápis e papel durante a escuta. Como as perguntas serão sobre a situação de perda, podem acontecer desconfortos emocionais ou constrangimentos e você poderá não responder a qualquer pergunta que lhe trazer alguma angústia. Você tem o direito a pleitear indenização em caso de danos. Você tem o direito a ser ressarcido em caso de gastos advindos da pesquisa. Se você não quiser que seu nome seja divulgado está garantido o sigilo que assegure a privacidade e o anonimato. Contudo, haverá a divulgação do seu nome quando for de interesse se não houver objeção:

- ( ) Permito a minha identificação nos resultados publicados da pesquisa;  
 ( ) Não permito a minha identificação nos resultados publicados da pesquisa.

### **1.2 Consentimento da Participação na Pesquisa:**

Eu, ....., abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “Puerpério e identidade materna, diante da perda neonatal e suas implicações sociais na parentalidade. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora responsável Florise Teles Andrade sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, ....de ..... de .....

---

Assinatura por extenso do(a) participante

---

Assinatura por extenso do(a) pesquisador(a) responsável

## Anexo



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Puerpério e identidade materna, diante da perda neonatal e suas implicações sociais na parentalidade

**Pesquisador:** FLORISE TELES ANDRADE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20152819.6.0000.5083

**Instituição Proponente:** Faculdade de Educação

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.676.408

#### Apresentação do Projeto:

Estudo desenvolvido no Programa de Mestrado em Psicologia da Faculdade de Educação da UFG. Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, na qual se pretende investigar os processos identificatórios de mães enlutadas pela morte neonatal. O estudo estabelece o número de 6 participantes na amostra.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a psicodinâmica do puerpério, nos casos de morte neonatal, e os processos de subjetivação na reconstrução da identidade.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características do puerpério, nos aspectos físicos, psicológicos e sociais;- Analisar o processo identitário na parentalidade, em casos de perda neonatal;- Esclarecer a relação entre o reconhecimento e o conhecimento de si, na singularidade da maternidade atípica, como condição para elaboração da perda;- Compreender a relação entre o luto e puerpério.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora apresenta a relação de possíveis riscos e benefícios do estudo e, assegura que no caso de ocorrer riscos em função do estudo, os participantes serão encaminhados imediatamente

**Endereço:** Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação - Agência UFG de Inovação, Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2  
**Bairro:** Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.676.408

a serviços de acompanhamento e a participação da mesma, interrompida. Quanto aos benefícios, assegura que serão inúmeros ganhos teóricos e contribuições clínicas para a prática de psicologia.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa com metodologia bem delineada, vasto referencial teórico e temática de grande interesse para a psicologia.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Protocolo de pesquisa com folha de rosto assinada, termo de compromisso dos pesquisadores, projeto detalhado e TCLE com linguagem clara e em conformidade com as resoluções 466/2010 e 510/2016.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise, conclui-se pela aprovação do protocolo de pesquisa e determina-se que seja acrescentada a seguinte frase ao TCLE: "Você tem o direito a ser ressarcido em caso de gastos advindos da pesquisa".

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12 e Resolução CNS n. 510/16. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa previsto para março de 2021.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1389422.pdf	03/09/2019 16:21:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	29/08/2019 16:45:56	FLORISE TELES ANDRADE	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	27/08/2019 17:23:25	FLORISE TELES ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_modificado_humanidades.pdf	23/08/2019 17:58:59	FLORISE TELES ANDRADE	Aceito

**Endereço:** Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação - Agência UFG de Inovação, Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2  
**Bairro:** Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.676.408

Ausência	TCLE_modificado_humanidades.pdf	23/08/2019 17:58:59	FLORISE TELES ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	documento.pdf	22/07/2019 14:22:42	FLORISE TELES ANDRADE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 01 de Novembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Geisa Mozzer**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação - Agência UFG de Inovação, Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2  
**Bairro:** Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com