



Isabela Medina Guimarães

**Reflexões sobre a construção da maternidade
e seus percalços na atualidade**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig

Rio de Janeiro,
Fevereiro de 2021



Isabela Medina Guimarães

**Reflexões sobre a construção da maternidade
e seus percalços na atualidade**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig
Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Rebeca Nonato Machado
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Regina Maria Orth de Aragão
Pesquisadora Autônoma

Rio de Janeiro, 24 de fevereiro de 2021.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Isabela Medina Guimarães

Graduação em Psicologia (2009) pela Universidade Presbiteriana Mackenzie - SP. Pós Graduação em Psicologia Clínica (2016) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Atua na área de Psicologia Clínica com ênfase em adolescentes e adultos e dedica-se a pesquisas acadêmicas no campo da Psicologia e Psicanálise.

Ficha Catalográfica

Guimarães, Isabela Medina

Reflexões sobre a construção da maternidade e seus percalços na atualidade / Isabela Medina Guimarães ; orientadora: Silvia Maria Abu-Jamra Zornig. – 2021.

86 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2021.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Clínica psicanalítica. 3. Maternidade. 4. Subjetividade. I. Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

*Para todas as mulheres mães, que um
pouco de loucura possa sempre habitá-las*

Agradecimentos

Agradeço primeiramente ao meu menino Benjamin por ser minha maior fonte de inspiração. Tornar-se sua mãe foi a experiência mais louca e transformadora que já vivi.

Ao meu amor, que compartilha comigo esta aventura que é a vida, pela força, incentivo e apoio em todas as minhas escolhas.

À minha mãe, que sempre me inspirou por sua carreira acadêmica e conquistas profissionais. Com você aprendi que nada vem sem esforço, mas que o desejo nos move para muito além do que imaginávamos alcançar.

Ao meu pai, por ser meu porto de apoio e de amor. Por proporcionar o *holding* necessário que precisei para conseguir trabalhar, estudar e ser mãe ao mesmo tempo.

À minha vó, que é peça fundamental em minha trajetória. Aquela que nas plateias da vida sempre esteve na primeira fileira. E ainda hoje, consegue me acolher apenas com seu olhar.

Ao meu irmão e minha cunhada, por dividirem comigo tantas histórias e hoje participarem de tantas outras com o Benjamin.

À minha querida supervisora clínica, Regina, pela escuta sempre sensível que ampara e encoraja.

À minha orientadora Silvia Zornig, por ter acolhido o meu desejo pelo tema e sempre me apontar os caminhos mais frutíferos para o aprofundamento das discussões.

A todos os meus colegas do grupo de pesquisa, agradeço as contribuições para esta dissertação e, sobretudo, pelo afeto e apoio fundamentais nessa jornada.

À minha supervisora e amigos do Instituto do Estudo da Complexidade: Tereza Estarque, Fernanda Memere, Mariana Pombo, Cristina Birck e Natasha Helsinger. Agradeço por tanto me inspirarem e mostrarem a potência do laço social.

À minha querida amiga Livia, com quem partilho a clínica e a vida. Por isso tudo e, especialmente, pelo carinho e acolhida.

Aos meus pacientes, por tanto me ensinarem.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Resumo

Guimarães, Isabela Medina; Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra. **Reflexões sobre a construção da maternidade e seus percalços na atualidade.** Rio de Janeiro, 2021. 86p. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A idealização da experiência subjetiva da mulher em relação à maternidade se contrasta com novos ideais femininos que não mais se restringem à maternidade e ao matrimônio. Com isso, as exigências advindas desse novo modelo de maternidade encontram-se em constante conflito com as conquistas femininas das últimas décadas. Nesta perspectiva, no presente trabalho abordaremos aspectos concernentes às ressonâncias psíquicas e às mudanças subjetivas que se forjam na nova mãe a partir do nascimento de um filho, fundamentais para o processo da construção da maternidade. Nosso intuito será apontar que os primeiros tempos da maternidade inauguram para a mulher um imprevisível e profundo trabalho psíquico, ancorado tanto em sua história pessoal quanto no contexto social no qual se vive, uma vez que o tornar-se mãe não está livre das suposições de seu tempo.

Palavras-chave

Maternidade; subjetividade; clínica psicanalítica.

Abstract

Guimarães, Isabela Medina; Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra (Advisor). **Reflections on the construction of motherhood and its challenges today.** Rio de Janeiro, 2021. 86p. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The woman's idealization of the subjective experience of motherhood contrasts with the new feminine ideals which are no longer restricted to motherhood and marriage. Therefore, the demands arising from this new model of motherhood are in constant conflict with the female conquests of the last decades. With this perspective, in the present work we will approach aspects concerning the psychic resonances and the subjective changes that are molded in the new mother after the birth of a child, which are fundamental to the process of motherhood construction. Our intention will be to point out that the early days of motherhood inaugurate for women an unpredictable and deep psychic work, anchored both in their personal history and in the social context in which they live, since becoming a mother is not free from the assumptions of her time period.

Keywords

Maternity; subjectivity; psychoanalytic clinic.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	p. 11
2 ADMIRÁVEL MATERNIDADE NOVA	p. 17
2.1 A construção da maternidade atual	p. 17
2.2 Maternidade sábia	p. 24
2.3 A mãe recém-nascida	p. 27
2.4 Preocupação materna primária: um estado sem sujeito?	p. 31
3 AMBIVALÊNCIA MATERNA	p. 36
3.1 “O bebê não é todo rosa-bombom”	p. 36
3.2 Um amor incômodo	p. 41
3.3 Entre o amor narcísico e objetal	p. 45
3.4 Ultrapassando fronteiras: a transmissão da maternidade	p. 49
4 MATERNIDADES	p. 54
4.1 Entre entregar-se à loucura e o medo de se perder	p. 54
4.2 A figura do especialista: intrusão ou matriz de apoio?	p. 63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	p. 72
6 REFERÊNCIAS	p. 82

"um escritor não consegue criar em sua escrita algo que é incapaz de vivenciar em sua própria vida. [...] não pode escrever sobre experiências emocionais, ele deve escrever a partir delas: elas precisam estar vivas no autor."

(Ogden & Ogden, 2014)

1 INTRODUÇÃO

A idealização da experiência subjetiva da mulher em relação à maternidade se contrasta com os novos ideais femininos, que não mais se restringem à maternidade e ao matrimônio. Pensar a maternidade hoje, a partir da psicanálise, significa identificar que, após tantas décadas de mudanças históricas, sociais e culturais, abrem-se campos de trabalho e de realização às mulheres. Porém, em contrapartida, é notório que a valorização da mulher mãe¹ vem acompanhada de exigências que elevam a maternidade para a ordem do inalcançável. Com isso, as exigências advindas desse novo modelo de maternidade encontram-se em constante conflito com as conquistas femininas das últimas décadas

Dessa forma, podemos perceber uma abertura para se pensar sobre a construção social do instinto materno e o lugar primordial da maternidade na constituição da identidade da mulher, uma vez que entendemos que o processo de tornar-se mãe se modifica a cada época, na medida em que a sociedade muda seu olhar sobre esta questão. Para Vera Iaconelli (2019), a sociedade exige que as mulheres trabalhem como se não tivessem filhos e sejam mães como se não trabalhassem e, com isso, ela questiona se realmente é possível a escolha entre filhos, carreira, casamento, liberdade, manter a forma, vida pública... se você deve ter-ser tudo.

Nas últimas décadas, diante ao enfraquecimento do poder patriarcal, novas configurações familiares têm se conformado como desdobramento da ascensão das mulheres no mercado de trabalho e de sua maior participação sociopolítica. Considerando-se tais transformações na sociedade ocidental contemporânea, novos destinos são lançados à maternidade que, em grande medida, têm transformado rotinas e trazido mudanças internas aos arranjos familiares, especialmente no que se refere ao papel exercido pela mãe. Estudos (Badinter,

¹ Mulher mãe: inspirada na expressão proposta por Vera Iaconelli (2015), utilizaremos este termo ao longo da dissertação como uma tentativa de não reduzir a mulher em seu papel de mãe.

1985; Birman, 2007; Iaconelli, 2015) apontam que a conjuntura na qual nasce um bebê hoje é outra, e esta se encontra em transição em diversos aspectos.

Pode-se observar, assim, indícios de conflitos vivenciados pelas mulheres ao tentarem conciliar a maternidade com a realização profissional, lutando por direitos e buscando alternativas que permitam compor as exigências que se configuram, tanto no âmbito social, quanto no pessoal. Elisabeth Badinter (2011) afirma que a mulher segue sendo convocada a manter-se como protagonista dos cuidados primários de seu bebê, ao mesmo tempo em que sofre inúmeras pressões sociais para manter-se bonita, produtiva, feliz, realizada etc.

Segundo a filósofa, para a maioria das mulheres, a conciliação entre os deveres maternos, que não param de aumentar, e o próprio desenvolvimento pessoal continua problemática. Pois, embora as configurações familiares sejam diversas e, em alguns casos, haja participação do pai nos cuidados com o bebê, a referência à mãe ainda é predominante.

Desta forma, em busca de uma reflexão a respeito do processo de tornar-se mãe hoje, é preciso que tenhamos em mente o que se espera de uma mulher que ocupe essa função na atualidade, uma vez que não é possível pensar o desenvolvimento individual desatrelado de seu contexto histórico e cultural. Tornar-se mãe corresponde a um período de grande complexidade para a mulher, iniciado ainda na sua infância pelo intercruzamento de sua história geracional com sua cultura e meio social.

Ao postular que a psicologia individual é também uma psicologia social, Freud (1921/1996e) aponta para a importância de nos debruçarmos sobre os fenômenos culturais, principalmente quando o foco de uma investigação estiver relacionado aos modos de subjetivação. Segundo o autor, o registro do sujeito e o registro social estão sempre entrelaçados. Hoje, circula-se um discurso neoliberal e meritocrático que afirma que toda a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso só depende de nós. Porém, este tipo de fala, além de desconsiderar o entorno do sujeito, os desejos e as limitações individuais, promete a onipotência e vende a fantasia de que é possível viver sem ambivalência.

Quanto aos valores atribuídos à maternidade, não podemos falar de uma homogeneidade de sentidos ou comportamentos. Ela é construída historicamente, vem sendo constantemente transformada em um processo sociocultural que

desemboca na atualidade, nos discursos médicos e sociais oferecidos à mulher e ao bebê. Corroborando esta hipótese, os discursos que:

[...] constituíram a feminilidade tradicional fazem parte do imaginário social moderno, transmitido através da educação formal, das expectativas parentais, do senso comum, da religião e da grande produção científica e filosófica da época, que determinava o que uma mulher deveria ser para ser verdadeiramente uma mulher. (Kehl, 2008, p. 44)

Entre o olhar singular de cada mulher e os atravessamentos culturais decorrentes dos diferentes discursos sobre o estatuto do bebê, Iaconelli (2015) busca refletir sobre as condições de construção do lugar de mãe para um bebê, em sua imbricação com o laço social. Esta condição já nos aponta que a maternidade não está dada de antemão pela condição da gravidez, constituindo-se, por um lado, na relação entre o sujeito desejante e o discurso social e, por outro, no corpo-a-corpo erotizado entre a mãe e o bebê, uma vez que a mulher não é naturalmente mãe. Desafios estes que a atualidade impõe à mulher mãe.

Em trabalhos de diversos autores como Golse (2003), Zornig (2010a) e Winnicott (1963/1983b), encontramos fortes elementos teóricos que sustentam a relevância da qualidade das interações estabelecidas na primeira infância, indicando como a relação intersubjetiva tem papel fundamental na constituição do psiquismo do bebê. Dentro dessa perspectiva, sabemos não ser possível pensar na construção do aparelho psíquico e na emergência de um sujeito desejante sem uma alteridade constitutiva.

Winnicott (1960/1983a) nos aponta que, para existir um bebê, precisamos pensar na relação primária entre ele e seu cuidador, enfatizando a influência de suas características psíquicas para os processos de subjetivação do bebê. Ao contrário do que acontece em todo reino animal, os bebês, destinados a se tornarem seres de linguagem como todos nós, não vêm ao mundo equipados com um conjunto de instintos que lhes indique como ingressar na vida e viver. São humanos de primeira viagem (Kehl, 2020).

Talvez seja este o sentido da célebre frase de Winnicott (1960/1983a), em que defende que não é possível falar de um bebê sem falar da mãe-ambiente² que ali se encontra. Para que exista um bebê são necessárias determinadas condições subjetivas e culturais, o que nos alerta para a impossibilidade de conceber um

² Mãe-ambiente: Winnicott (1956/1982) postula que, inicialmente, no desenvolvimento primitivo do bebê, o ambiente facilitador, no sentido de oferecer as condições necessárias para que o *self* se desenvolva, é representado pela mãe.

bebê sem os cuidados provenientes de sua relação com seu outro primordial, em geral a mãe.

Neste sentido, os estudos sobre a importância dos objetos primordiais no processo de constituição psíquica da criança e sobre a necessidade de uma presença qualitativa dos adultos não são novidade para a psicanálise. Porém, nossos tempos nos convocam a refletir sobre estes primeiros tempos da maternidade a partir do trabalho psíquico exigido a esta mulher mãe recém chegada. Apesar da crença popular afirmar que a mãe de um bebê se torna biologicamente condicionada para desempenhar sua tarefa, a partir dos conhecimentos acumulados pela psicanálise, sabe-se que, tanto a maternidade, quanto o vínculo mãe-bebê são processos que se estabelecem de modo particular, complexo e não garantidos instintivamente (Badinter, 1985).

Muitos autores, de diferentes áreas do saber, debruçaram seus estudos sobre a parentalidade. Porém, é no campo da psicanálise que encontramos a especificidade das mudanças no psiquismo parental a partir do desejo de ter um filho. Numerosos trabalhos, dentro da teoria psicanalítica, sublinham a especificidade de certas modificações no psiquismo da mulher durante o período que envolve o nascimento de um filho, o que nos ajuda a compreender a frequente instabilidade psíquica e emocional destas mães recém-nascidas. Não é possível pensar no processo de gerar, parir e amamentar sem considerar suas implicações corporais e ressonâncias psíquicas.

A psicanalista Monique Bydlowski (2007) propôs um novo olhar sobre a maternidade a partir de um fenômeno característico ao processo gestacional denominado por ela como “transparência psíquica”. Para essa autora, a gravidez proporciona um encontro íntimo da mulher consigo mesma que por meio de um rebaixamento das defesas psíquicas, em que antigas memórias e angústias primitivas, até então inconscientes, ganham força e oportunidade para serem revividas.

De acordo com Stern (1997), quando uma mulher se torna mãe promove-se uma nova e única organização psíquica, especialmente no primeiro filho. Este estado, que pode ter início ainda na gravidez, é temporário na vida da maioria das mães, mas determinará uma série de novas tendências de ações, sensibilidade, fantasias, medos e desejos.

Dado o panorama atual acima descrito e a diversidade de estudos, oriundos tanto da psicanálise, quanto de outras áreas do saber, faz-se necessário um recorte com o objetivo de melhor circunscrever e delimitar nosso tema de pesquisa. Abarcar um tema tão vasto requer a escolha de alguns caminhos em detrimento de outros. Frente à pluralidade de destinos femininos possíveis para além da maternidade, nosso objetivo foi investigar, com base no pensamento psicanalítico, as repercussões psíquicas experimentadas pela mãe, a partir da chegada de um bebê, assim como analisar a dinâmica da ambivalência materna e seus percalços na construção da maternidade.

Dessa maneira, ao longo do primeiro capítulo, a fim de contextualizar a maternidade nos dias atuais, partiremos de uma retrospectiva com base nos atravessamentos históricos, culturais e sociais, uma vez que acreditamos que o tornar-se mãe não está livre das suposições de seu tempo. Em seguida, teremos como objetivo principal refletir sobre os processos psíquicos e as mudanças subjetivas que se forjam na nova mãe a partir da gestação e do nascimento de um filho, fundamentais para o processo da construção da maternidade. Centraremos nossa discussão teórica nos conceitos de “transparência psíquica” (Bydlowski, 2002) e “preocupação materna primária” (Winnicott, 1956/1982).

No segundo capítulo, abordaremos o conceito de ambivalência sobre diferentes perspectivas. A partir das contribuições de Winnicott, refletiremos sobre a ambivalência materna relacionada às demandas intrusivas e intermináveis de um bebê. Posteriormente, exploraremos as contribuições de Green sobre a “loucura materna ordinária”, em que localiza a maternidade na fronteira entre o “normal” e o patológico, o que nos ajudará a mergulhar mais a fundo na vivência da mulher ao assumir este lugar, convocada pelo bebê. E, por fim, abordaremos as raízes da ambivalência materna apoiada nos percalços da história edípica da menina, assim como na relação com sua mãe dos primeiros tempos, que é reeditada na construção do lugar materno.

Existem tantas formas de vivenciar a gravidez e tornar-se mãe quanto existem mulheres grávidas e mães. Cada caso, claro, é sempre singular, não sendo possível generalizar a complexidade do comportamento humano. Mas, ao mesmo tempo, podemos tentar encontrar alguns temas comuns que emergem nos dias de hoje e é o que faremos a seguir em nosso terceiro capítulo a partir de dois fragmentos clínicos.

No primeiro fragmento, discutiremos sobre o custo psíquico e os riscos para a mulher de entregar-se à “preocupação materna primária”. Ao desenvolver essa questão, conseguiremos explorar as potencialidades e os obstáculos inerentes a este estado. No segundo, exploraremos a figura do especialista, em busca de uma compreensão sobre a sua função na construção da maternidade atual. Estaria ele operando como um substituto da “matriz de apoio” tradicionalmente assumida por uma rede maternal?

2 ADMIRÁVEL MATERNIDADE NOVA

Abordar o processo de construção da maternidade, a partir de uma leitura psicanalítica, implica pensar no contexto em que os processos de subjetivação estão acontecendo. Dessa forma, iniciaremos nosso primeiro capítulo a partir da investigação sobre a construção social do instinto materno e o lugar primordial da maternidade na constituição da identidade da mulher. Entendemos que o processo de tornar-se mãe se modifica a cada época, na medida em que a sociedade muda seu olhar sobre esta questão.

2.1 A construção da maternidade atual

Partindo-se de uma retrospectiva histórica, desde o século XVI, a noção de família tem sofrido importantes modificações, tanto em sua estrutura, quanto nos papéis exercidos por seus membros. Em uma trajetória evolutiva da família, é possível identificar três grandes períodos. Roudinesco (2003) avança nessa discussão e refere-se a eles, distinguindo-os em: família tradicional, família moderna e família contemporânea. Utilizaremos esta nomenclatura para posteriormente investigar os possíveis impactos destas transformações na construção da maternidade nos dias atuais.

No modelo de família tradicional que vigorou do século XVI ao XVIII, o pai era tido como líder, detendo o poder e o dever de controlá-la, enquanto as mulheres ocupavam um lugar subalterno à figura masculina e dedicavam-se exclusivamente à procriação e aos afazeres domésticos (Ariès, 1981). No seio desta ordem familiar, observamos, de um lado, a potência feminina, limitada ao território do íntimo e das tarefas domésticas e, de outro, o poder masculino em perpétuo exílio. Birman (2007) localizou a figura da mulher, na família tradicional, como um mero apêndice nesta estrutura, corpo que se prestava à reprodução da prole.

Se, por um lado, os casamentos eram permeados por acordos e interesses financeiros, tendo como principal objetivo a transmissão do patrimônio, por outro, a vida sexual e afetiva do futuro casal era algo desconsiderado na época e não estava presente nos valores da família. Tornar-se mãe era algo inerente à mulher e fazia parte de sua natureza.

Por muito tempo em nossa sociedade, o papel da mulher e da mãe esteve ligado a categorias secundárias de pertencimentos e lugares. Esta posição pode ser percebida por meio dos discursos políticos e/ou religiosos que a colocavam em um lugar submisso no quadro familiar e de obediência ao marido (Emidio & Hashimoto, 2008). Nesta época, as trocas de afeto e a socialização se davam em um meio muito mais amplo, através da vida comunitária, com suas festas, jogos e cerimônias coletivas.

A partir do século XVIII, inicia-se o processo de mudança de concepção sobre a infância – que é caracterizada pela ternura e intimidade entre pais e filhos. A criança passa de um anonimato quase total a um lugar importante na estrutura familiar (Zornig, 2008). Neste período, mudanças ocorreram no sentido da constituição de espaços de privacidade que convergiram para a constituição da família moderna: a intimidade passou a ser preservada e houve uma delimitação clara entre o domínio público e o privado.

Nesta nova configuração, sustentada por valores burgueses, as crianças passaram a ocupar um lugar de destaque com qualidades e características próprias. O amor entre os cônjuges e a sua união se dava em prol do bem-estar dos filhos. Verificou-se maior interesse e investimento na qualidade da educação e, como consequência, a valorização da maternidade (Ariès, 1981; Roudinesco, 2003).

Frente às transformações sobre a noção de infância, vínculos e maternagem, que se instalaram nessa época nos progenitores, surgem novos sentimentos em relação à conjugalidade, à mãe e ao amor materno (Birman, 2007). Em função do declínio do poder patriarcal e da ascensão das mulheres à esfera pública, a figura da mãe, que se restringia a uma figura reprodutora e responsável apenas pela gestão da casa, passa a assumir os cuidados da saúde e da educação dos herdeiros fora do espaço privado.

A partir da trajetória evolutiva da família, foi possível observar que o amor materno se revelava fruto de uma construção histórica, e não natural, como foi

sugerido até então. Neste contexto, surge um novo conceito de amor materno e uma concepção de família fundada no amor romântico (Roudinesco, 2003).

Birman (2007) pontua que o amor materno é uma invenção moderna anteriormente inexistente. A mulher passou a ser compreendida como instintivamente maternal, uma criação exclusivamente dessa época. Dessa forma, podemos perceber uma abertura para se pensar sobre a construção social do instinto materno e do lugar primordial da maternidade na constituição da identidade da mulher, uma vez que entendemos que o processo de tornar-se mãe se modifica a cada época, à medida que as sociedades mudam seus olhares sobre esta questão.

A partir da década de 1950, houve um processo de transformação radical da estrutura familiar moderna desencadeado pelo movimento feminista, na medida em que as mulheres buscavam outra posição social. Roudinesco (2003) sustenta que esse movimento colaborou não só para a emancipação das mulheres, como também para que a sexualidade feminina fosse valorizada. A reprodução antes dos anos 1970 era, ao mesmo tempo, um instinto, um dever religioso e uma dívida a mais para com a sobrevivência da espécie (Badinter, 2011). Com o avanço dos métodos contraceptivos, a reprodução pôde ser mais controlada e abriu-se para as mulheres uma diversidade de modos de vida desconhecida por suas mães.

A partir deste cenário, foi possível observar quatro fenômenos que atingiram todos os países desenvolvidos: o declínio da fertilidade, a elevação da idade média da maternidade, o aumento das mulheres no mercado de trabalho e a diversificação dos modos de vida femininos, com a diversidade de arranjos familiares possíveis (Badinter, 2011). É neste contexto que nasce a família contemporânea, cuja formação é pautada em novos princípios e modalidades de família, que se apresentam multifacetados, flexíveis e descontínuos.

Com as novas aspirações femininas e sua maior participação sociopolítica, novos destinos são lançados à maternidade, que têm gerado reformulações na relação conjugal e, naturalmente, na relação entre pais e filhos. Neste contexto, o desejo por filhos pode entrar em conflito com outros imperativos sociais, pois, embora em algumas configurações haja a presença do pai, a mulher continua sendo convocada a manter-se como protagonista dos cuidados primários do seu bebê (Badinter, 2011).

A sociedade brasileira vem passando por importantes e profundas alterações em seus arranjos, fato que a impulsiona a reformular seu potencial e criar novas possibilidades de composição e dinâmica. Estudos (Badinter, 1985; Birman, 2007) apontam que o cenário em que nasce um bebê hoje é outro e está em transição em diversos aspectos. Iaconelli (2015) acrescenta que um bebê não é sem o Outro, mas esse Outro não é sem o discurso social que, em cada época, encerra o que é um bebê e o que é uma mãe. Assim, é possível perceber as variações em relação às atribuições do ser mulher mãe em nossa sociedade.

Em seu clássico livro “Um amor conquistado: o mito do amor materno”, Badinter (1985) faz um passeio histórico e descreve as particularidades referentes a cada época, com o objetivo de colocar em prova a validade de determinadas proposições relacionadas à maternidade, indicando-as como resultantes de um entorno cultural, e não de uma natureza humana determinante como fora preconizada até então. Como observado pela autora, o século XVII foi marcado por uma ternura excessiva das mães com relação aos filhos, de modo que, para a mãe existir, a mulher precisava desaparecer. Já o século seguinte foi caracterizado como o século da “indiferença materna”, ilustrado por Badinter pela recusa das mulheres aristocratas ao aleitamento, que foi transferido à figura da ama de leite. Kehl (2008) acrescenta que, nesta época, a amamentação não era apenas desaconselhada, mas também ridicularizada.

E, por fim, nos séculos XIX e XX, Badinter (1985) pontua um resgate da ternura materna, sustentado pelos ideais de “boa mãe” devotada e natural, reinante desde meados do século XVIII no imaginário moderno. Segundo a autora, a psicanálise teve grande contribuição pelo retorno da mulher ao centro da família. Em sua obra, ela critica a teoria freudiana por delimitar a maternidade como o único caminho “normal” da trajetória feminina. Apesar de não ser nossa intenção descrever em detalhes toda a elaboração freudiana sobre a constituição da feminilidade, acreditamos ser importante ressaltar alguns pontos para melhor compreender as críticas de Badinter.

Freud (1924/1996f, 1931/1996h, 1933/1996i), a partir da descoberta da diferença sexual, defende que a menina pode encontrar três saídas possíveis em seu complexo de castração, sendo a inibição sexual a primeira delas. Ao perceber-se castrada, a menina abandonaria sua atividade fálica e, com ela, sua sexualidade de forma generalizada. A segunda saída seria a virilização, que, pela recusa do

reconhecimento da castração e pela ênfase à masculinidade, a menina agiria como se fosse detentora do falo. A terceira opção seria o caminho para a feminilidade que, de acordo com Freud (1933/1996i), ocorreria quando há a aceitação da castração e uma tentativa de restauração da completude fálica a partir da substituição do pênis por um bebê, por meio da qual a mulher atingiria uma suposta completude pela condição de ter o falo. Nessa perspectiva, é interessante observar que, para o autor, a maternidade seria a saída para tamponar o vazio, a incompletude da figura feminina e a resolução edípica.

Por esta via, podemos entender que, para o pai da psicanálise, este seria o caminho “esperado” da trajetória feminina, ou seja, a maternidade como condição para a feminilidade. Tanto a inibição sexual quanto a virilização foram consideradas por Freud como saídas patológicas para o desenvolvimento da feminilidade na mulher. De acordo com Kehl (2008), não se trata de negar a importância da maternidade, pelo contrário, ela confere um lugar muito importante para muitas mulheres. O problema seria colocá-la como única possível solução para o destino feminino, diante das inúmeras possibilidades que a mulher pode aspirar, desejar e investir.

A crítica de Badinter incide justamente nesse ponto: sobre a relevância da maternidade na teoria psicanalítica como sendo o único destino possível para a mulher. As críticas sobre a teorização freudiana em relação à diferença sexual – seja as de Badinter, seja as das teorias feministas e *queer* – têm ganhado forças hoje no cenário contemporâneo, marcado por mudanças significativas no campo da família e da sexualidade.

Autores pós-freudianos desenvolveram constructos teóricos muito bem sustentados, demonstrando que a base do psiquismo humano é construída, na primeira infância, na relação com seus cuidadores, em geral a mãe. O desenvolvimento da psicanálise com crianças trouxe a mãe de volta aos holofotes. Entretanto, é importante contextualizar que, na época em que a maior parte das formulações teóricas psicanalíticas foram construídas, as mulheres ocupavam um lugar subalterno à figura masculina e inscreviam-se exclusivamente na lógica patriarcal da procriação e dos afazeres domésticos.

Por muito tempo, a concepção (ou perspectiva de) de gestação, parto, puerpério e todos os cuidados inerentes a um bebê foram associados a fenômenos biológicos e fisiológicos, a partir dos quais a mulher, ao tornar-se mãe, estaria

apta para exercer sua nova função. Iaconelli (2015), corroborando Badinter (1985), afirma que a mulher não é naturalmente mãe e que o instinto materno é um mito, o que nos aponta para a compreensão de que o papel de mãe não é dado *a priori*, de forma automática e instintiva pela condição de ser mulher.

A partir deste pressuposto, as autoras defendem que a maternidade é um processo, atravessado tanto pela relação do sujeito com os discursos sociais vigentes, quanto pela relação singular da dupla mãe-bebê. As experiências oriundas deste encontro serão permeadas também pelo bebê que a mãe foi um dia, dos cuidados que a ela foram oferecidos e, por fim, pela necessidade da mãe recém-nascida em construir uma identidade própria diante dos seus marcos identificatórios, sejam eles conscientes ou não (Iaconelli, 2015).

Se existe escolha, existe divergência de opiniões, não sendo mais possível falar em um desejo comum a todas as mulheres. Ser mãe tornou-se um dos papéis que a mulher pode desempenhar, de tal forma que a maternidade deixou de ser a única e principal identidade feminina frente à diversidade de destinos possíveis. Com isso, Badinter (2011) se questiona se o apelo, sempre e ainda renovado ao instinto materno e aos comportamentos que ele pressupõe, não seriam os piores inimigos da maternidade nos dias atuais.

Será que poderíamos pensar em um retrocesso às conquistas femininas? Segundo Badinter (2011), os anos 1970 foram marcados pelo grito reivindicativo das mulheres: “primeiro eu!”. Neste período, as mulheres foram encorajadas a falar da ambivalência e da alienação materna. Foi nesta época que vimos surgir as mamadeiras, as chupetas, as fórmulas lácteas – itens que serviram às mulheres a favor de uma maior liberdade de ir e vir. Mas hoje, 50 anos depois, como nos mostra Badinter, o retorno da ideia de uma natureza feminina, voltada à maternidade, faz com que assistamos muitas mães não serem ouvidas nem acolhidas em suas escolhas, priorizando-se um conjunto pré-determinado de comportamentos, sentimentos e atitudes esperados que a mulher incorpore ao tornar-se mãe.

Percebemos uma inversão de tendências das gerações passadas, que aparece principalmente através das militâncias e dos discursos dos especialistas em perinatalidade e parentalidade. A mamadeira, por exemplo, antes uma conquista feminina, por permitir à mulher mãe se ausentar, compartilhar esta tarefa com outro cuidador e retomar a vida profissional mais tranquila, hoje não é

recomendada por muitos. Porém, a imagem da mulher mãe 100% disponível para o aleitamento em livre demanda talvez não brilhe os olhos de todas, cujos desejos apontam para outros lugares também.

Diferente de outrora, enquanto algumas encontram plena realização ao tornarem-se mãe, outras, cada vez mais numerosas, voluntariamente ou não, recusam a maternidade, e muitas se interrogam sobre a possibilidade de conciliar os desejos de mulher aos deveres impostos a uma mãe. A história sobre a mãe e sobre a mulher que Badinter (2011) nos conta constitui um exemplo vivo sobre a maternidade como fruto de um constructo, de uma herança cultural. Corroborando esta hipótese, os discursos que:

[...] constituíram a feminilidade tradicional fazem parte do imaginário social moderno, transmitido através da educação formal, das expectativas parentais, do senso comum, da religião e da grande produção científica e filosófica da época, que determinava o que uma mulher deveria ser para ser verdadeiramente uma mulher. (Kehl, 2008, p. 44)

Assim sendo, quanto aos valores atribuídos à maternidade, não podemos falar de uma homogeneidade de atribuição de sentidos ou comportamentos. Ela é construída historicamente e vem sendo constantemente transformada em um processo sociocultural que desemboca na atualidade, nos discursos médicos e sociais oferecidos à mulher e ao bebê.

Acreditamos não existir maternagem livre de desafios, porém, a equação “mulher + trabalho + filho” parece ser difícil de ser resolvida. Ainda que essa mulher tenha ao seu lado todo o apoio do parceiro, de amigos e da família, outras tarefas femininas continuam sendo exigidas e concorrem diretamente com a gravidez, o parto e o pós-parto.

No discurso social idealizador, imperativo e redutor a respeito do ideal materno, não há espaço para os conflitos e nem para a ambivalência materna, neste período tão singular, marcado por tantas transformações. Iaconelli (2019) questiona se realmente é possível a escolha entre filhos, carreira, casamento, liberdade, manter a forma, vida pública, se você deve ter-ser tudo. Entendemos que a maternidade, nos moldes contemporâneos, pode ser vivenciada como um labirinto sem saída para estas mulheres mães que seguem tentando integrar essas duas perspectivas da subjetividade: ser mãe e profissional.

2.2 Maternidade sábia

Em “Luto e Melancolia” (1917[1915]/1996d), Freud faz uma distinção entre os estados psíquicos que envolvem o luto e a melancolia, demonstrando as diferenças e as semelhanças entre eles e apontando para o caráter não patológico do primeiro em relação ao segundo. “O luto, de um modo geral, é a relação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (Freud, 1917[1915]/1996d, p. 249).

Um trabalho satisfatório de luto implica a introjeção do objeto perdido no seio do ego. Para isso, em um primeiro momento, será necessário que o sujeito se identifique com o objeto perdido, de forma a mantê-lo presente em seu ego. Este movimento seria responsável pela conservação do objeto perdido em sua esfera egóica, a fim de preservá-lo vivo dentro de si. Porém, a dificuldade deste processo está relacionada ao estatuto narcísico do objeto perdido, o que acarreta muitas vezes em trabalhos de muitos anos.

Analisar a dinâmica da maternidade implica pensar em um trabalho de luto. Podemos pensá-lo a partir da perda intrauterina do bebê, da mudança da mulher em sua cadeia geracional, do objeto interno investido narcisicamente etc. Aragão (2007) acrescenta que

o cenário do nascimento configura sempre a experiência da perda de um objeto, o feto, objeto ainda virtual, meio-eu, meio-outro, que fica situado num ‘entre-dois’ do investimento narcísico e do investimento objetal, objeto que poderíamos considerar potencialmente melancólico, já que seu investimento se deu sob a égide do narcisismo. (Aragão, 2007, p. 104)

Interessa-nos justamente destacar aqui que a maternidade envolve um imprescindível trabalho complexo de luto pela perda de uma condição anterior e, psiquicamente, isso não ocorre de forma imediata, sem elaboração. Luto por um bebê antes como parte do corpo materno e agora como um objeto externo a ele; luto pela perda de um bebê idealizado e pelo encontro com o bebê real; luto pela posição que a mulher ocupava na própria cadeia geracional; luto pela perda do corpo grávidico; luto por um parto planejado/idealizado que não pode se concretizar. Ou seja, podemos olhar para o período pós-parto como um momento de muitas perdas, acrescido de uma sensibilidade exacerbada, que acarretará para

a mulher remanejamentos subjetivos, sobretudo no registro das identificações e, não mais somente como um período romantizado, de plena realização e satisfação pelo nascimento de um bebê.

O nascimento de um filho reaviva a ferida narcísica materna a partir da confirmação da incompletude e da finitude como características da própria condição humana. A psicanalista Vera Iaconelli (2019) pontua que o primeiro paradoxo da parentalidade decorre do fato de querermos um filho e termos outro. Segundo a autora, a chegada de um bebê é uma espécie de lua de mel de um casamento arranjado com um noivo desconhecido. Isso significa uma chegada tumultuada, promissora e muito intensa. Ressaltamos, assim, a importância deste ritual, o luto, que pode ser entendido como uma despedida, mas também uma oportunidade de elaboração, um processo de simbolização que permite uma reorganização deste momento marcado por tantas transformações e perdas.

Golse & Bydlowski (2002) descrevem o trabalho psíquico da mulher após o nascimento do bebê, propondo uma passagem que vai do objeto interno (bebê na barriga) ao objeto externo (bebê fora da barriga), por um viés de desinvestimento progressivo do primeiro em benefício do segundo. Todo investimento, antes direcionado a seu próprio corpo, precisará ser deslocado para um objeto agora externo a ele, o bebê real. Com isso, será exigido da mulher um rearranjo dos seus investimentos libidinais, o que, psiquicamente, não ocorre de forma imediata e sem custo.

Assim, será necessário um tempo primordial de elaboração, por parte da puérpera, para que ela assuma sua nova identidade como mãe e o novo papel que esta nova identidade representa frente ao nascimento de um filho. Retomando o artigo freudiano sobre luto e melancolia, a nosso ver, o objeto perdido da mulher estaria relacionado ao objeto que fazia parte do seu próprio corpo e, de alguma forma, a completava.

A realidade do pós-parto pode ser vivenciada de forma muito particular por cada mulher, permeada por toda ambivalência que é contrastada com a imagem idealizada do ciclo gravidez-parto-puerpério. Ainda que este período, caracterizado por um estado de humor deprimido transitório, conhecido também pela psiquiatria e psicologia perinatal como *baby blues*, seja considerado como não patológico, ele é encarado socialmente como algo nada familiar, estranho à experiência materna.

Com base na autonomia, atitudes e comportamentos esperados da mulher, desde o momento em que se descobre grávida, poderíamos então pensar em uma “maternidade sábia”? Aquela que “tudo sabe”, forçada a um saber prematuro para a qual não está bem equipada? Que precisa padecer sempre no paraíso, sem dar lugar ou testemunho do seu sofrimento?

Essa situação nos remete, diretamente, ao que Ferenczi (1923/1992a) chamou de “bebê sábio”, que vem ilustrar a configuração psíquica de uma criança diante de um desamparo muito primitivo, que foi obrigada a amadurecer precocemente a fim de conter seu sofrimento psíquico na ausência do cuidado advindo de um adulto. Na perspectiva ferencziana, o avanço precoce dos processos de maturação da criança impõe uma alta dose de sacrifício, exigindo-se, assim, um elevado custo ao universo infantil: a perda de sua espontaneidade afetiva.

Para o psicanalista húngaro, uma das reações possíveis frente ao trauma seria este mecanismo de pré-maturação patológica. Nas palavras do autor: “Pense nos frutos que ficam maduros e saborosos depressa demais, quando o bico de um pássaro os fere, e na maturidade apressada de um fruto bichado” (Ferenczi, 1923/1992a, p. 104). Nesta perspectiva, a figura do bebê sábio ilustra que, frente a uma situação traumática, a criança, precocemente, desenvolve-se intelectualmente, constituindo-se como uma tentativa de compensação para uma comoção psíquica frente ao trauma (Mello, Féres-Carneiro & Magalhães, 2019).

Decorrente de um trauma psíquico precoce, repentinamente, estes “sábios” precisaram recorrer à maturidade de um adulto para assumirem o cuidado de si a partir de uma cisão psíquica, a clivagem. Confrontado a um sofrimento, frente a conteúdos irrepresentáveis, o sujeito sacrifica uma parte do eu como única saída possível. Para Ferenczi (1923/1992a), este mecanismo de defesa primitivo culmina em uma descontinuidade subjetiva, em uma fragmentação do eu em duas partes sem qualquer comunicação entre si.

Não buscamos aqui apontar uma relação causal. Porém, o que gostaríamos de pensar é se, mediante às inúmeras exigências, sem muitas vezes proporcionar o apoio necessário que necessitam neste momento, essas mulheres não estariam sendo levadas a uma “progressão traumática ou uma pré-maturação” (Ferenczi, 1933/1992b, p. 354). Frente às inúmeras transformações vividas com a maternidade e seus eventos fisiológicos, como a gestação, o parto e o aleitamento,

faz-se necessário um tempo destinado à elaboração, não sendo possível pensar em um saber prematuro.

2.3

A mãe recém-nascida

Zornig (2010b) defende que, apesar das dimensões inerentes ao parentesco terem sido estudadas por diversas áreas do saber, é no campo da psicologia e da psicanálise que encontramos inúmeras pesquisas sobre as ressonâncias psíquicas e as mudanças subjetivas produzidas nos pais a partir do desejo de ter um filho. Stern (1997) indica que o nascimento de um filho desencadeia transformações irreversíveis no psiquismo parental, e parte do pressuposto de uma neoformação psíquica a partir da inclusão do bebê em sua organização psíquica, especialmente no nascimento do primeiro filho.

A chegada de um bebê é sempre acompanhada de algo que não se espera. Nos casos de uma primeira gestação, o que está em jogo também é a mudança de posição geracional, de maneira incontestável e irreversível. A maternidade é o encontro com o inesperado, com um desconhecido que vive e cresce dentro de cada mulher, fazendo-a se deparar com uma nova identidade, e isso se estende às demais gestações, uma vez que, no processo de tornar-se mãe, a mulher precisa reconhecer-se como mãe de cada filho.

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que a mulher se prepara para o nascimento de um bebê totalmente dependente, ela também necessita de apoio e acolhimento. Afinal, não se trata somente de um bebê recém-nascido, mas de uma mãe recém-nascida e de mudanças significativas no seio familiar.

A gestação evidencia, através das transformações do corpo biológico, uma alteração na mulher, cujas ressonâncias psíquicas podem desencadear verdadeira crise. As alterações, tanto no corpo da mulher, quanto em seu psiquismo, induzem, necessariamente, a uma mudança na imagem corporal que, conseqüentemente, afeta a representação narcísica e identitária da mulher. Bydlowski (2002) descreve a modificação natural da vida psíquica das mulheres a partir da suposição de um rebaixamento temporário do recalque durante a gestação. Neste período, o psiquismo materno apresenta grande plasticidade e uma intensificação das angústias, desencadeadas pelo afrouxamento das defesas

psíquicas que caracterizam um funcionamento denominado por ela de “transparência psíquica”.

Este funcionamento psíquico particular “é marcado por um super investimento em sua história pessoal e conflitos infantis, com uma plasticidade importante das representações mentais centradas sobre uma inegável polarização narcísica” (Bydlowski, 2002, p. 217). Antigas lembranças, habitualmente esquecidas, surgem com força na memória, sem serem barradas pela censura. É um momento marcado pelo reviver de lembranças que as mães nem sabiam existir. Dessa maneira, Zornig (2010b) assinala que a gestante faz uma ponte entre a sua situação atual e as lembranças de seu passado, diminuindo seu investimento no mundo exterior e permitindo que reminiscências antigas e fantasmas, geralmente esquecidos, venham à tona sem serem barrados.

Para Zornig (2010b), pensar a concepção de um filho coloca em movimento aspectos do narcisismo de cada um dos pais, assim como suas lembranças e fantasias sobre suas relações objetais primárias. Ao mesmo tempo em que se prepara para o nascimento de um bebê, a mulher encontra-se em um estado de profunda regressão e também de dependência, o que facilita a retomada de posições infantis e edípicas.

As alterações no narcisismo materno, que farão com que aspectos do infantil sejam reatualizados e reeditados, são fundamentais para compreendermos os processos envolvidos no tornar-se mãe que, conseqüentemente, terão interferências diretas em seu investimento psíquico para com o bebê. Pode-se imaginar que esta não seja uma tarefa fácil e que exigirá da mulher um delicado, imprevisível e profundo trabalho psíquico, em decorrência do despertar, em seu mundo interno, de uma série de conflitos ancorados no seu processo de desenvolvimento psíquico (Aragão, 2007).

Segundo a autora, uma aproximação do narcisismo materno e de seus percalços durante a gravidez pode ser utilizada para descrever o processo que permite, ou não, que um espaço psíquico para o bebê, essencial para o seu advir como sujeito, se constitua na mãe. Dessa maneira, todas essas alterações supõem o ser da mulher englobar um outro:

Na dinâmica ambivalente que se processa da mãe para o bebê, parece haver uma oscilação entre um “narcisismo englobante”, correspondente à experiência de plenitude em que a mulher se vive completa em seu próprio narcisismo. E, em contraponto,

poderíamos pensar num “narcisismo excludente”, quando ela se percebe invadida por um outro, estrangeiro dentro de si, de quem irá livrar-se no parto. (Aragão, 2016, p. 45)

Deste modo, a crise psíquica na gravidez (Aragão, 2007; Bydlowski, 2002) pode ser compreendida como consequência de uma espécie de intrusão no narcisismo da mãe, causada pela introdução deste outro, mesmo que desejado, em seu espaço psíquico. O bebê, ainda que desejado, apresenta-se, inicialmente, como um desconhecido, um corpo estranho dentro do próprio corpo da mulher. Sentir o bebê mexer pode ser tão mágico quanto angustiante. Com isso, faz-se necessária uma elaboração da mulher, a fim de transformar este recém-chegado estrangeiro em familiar.

Para nos auxiliar a compreender as mudanças vivenciadas pela mulher, a partir do nascimento de um filho, Stern (1997) propõe que uma nova e única organização psíquica, denominada de “constelação da maternidade”, determinará uma série de novas tendências, ações, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. Neste período, ela se torna o eixo organizador dominante para a vida psíquica da mulher, deixando de lado as organizações anteriores. Assim, durante um período muito importante, porém provisório, a tríade edipiana passa a ser substituída pela “constelação da maternidade”, por um novo eixo organizador central: a tríade mãe da mãe – mãe – bebê.

Stern (1997) desenvolveu quatro temas relacionados que compõem a “constelação da maternidade”. O primeiro, denominado “vida-crescimento”, está associado aos medos e receios da mulher em manter a vida e o desenvolvimento adequado ao seu bebê. O segundo tema é o “relacionar-se primário” e está associado ao fato de a mãe conseguir ou não envolver-se afetivamente com seu bebê, de forma a assegurar seu desenvolvimento psíquico por meio do estabelecimento dos vínculos, da regulação ao ritmo do bebê etc. A “matriz de apoio”, que caracteriza o terceiro tema, está relacionada à capacidade da mulher em permitir e criar uma rede de apoio necessária para que consiga dar conta de sua função; habilidade de extrema importância, tendo em vista as inúmeras demandas de um bebê nos seus primeiros meses de vida. Segundo o autor, a primeira função da “matriz de apoio” é proteger a mãe fisicamente, prover suas necessidades vitais e, por algum tempo, privá-la das exigências da realidade externa para que, assim, ela possa se dedicar às duas primeiras tarefas.

E. por fim, o quarto tema, denominado de “reorganização da identidade”, é o que mais nos interessa para pensarmos a posição subjetiva da mãe mulher nos primeiros tempos do bebê. Ele está relacionado à necessidade da mulher de mudar seu centro de identidade de filha para mãe, de esposa para progenitora, de uma geração para a posterior. Para isso, será necessário um rearranjo dos seus investimentos emocionais e uma redistribuição de seu tempo, energia e interesses pessoais para reconhecer-se também com o seu papel de mãe.

Esta nova organização terá um alto dispêndio emocional para que ela reestruture também, mesmo que temporariamente, seus interesses pessoais. De acordo com Stern (1997), as condições culturais parecem desempenhar um papel importante na moldagem desse novo eixo organizador. Dentre elas, destaca que a sociedade atribui um grande valor aos bebês, assim como à mulher em seu papel de mãe.

Se, por um lado, tornar-se mãe é alcançar uma nova posição na família e na sociedade, é criar um espaço psíquico para investir afetivamente no seu bebê, nutrindo, desta forma, seu próprio narcisismo; por outro lado, é abdicar de posições antigas – a de filha, a de trabalhadora sem filhos, do casal sem filhos. A existência de uma criança que depende dos seus cuidados implica renunciar ao seu antigo funcionamento como sujeito, acarretando profundas transformações na dinâmica da vida da mulher (Santos, 2017).

Deste modo, tanto quanto o seu bebê, a mulher também precisa do tempo cronológico da gravidez para se constituir como mãe, uma vez que o nascimento de um bebê não transforma uma mulher em mãe, nem um bebê em sujeito. Tempo este que nem sempre irá coincidir com os nove meses de gestação, mas que é necessário para a construção de um espaço psíquico materno para que o bebê possa advir como um ser subjetivado e para que esta nova mãe se aproprie de sua nova identidade (Aragão, 2007).

2.4

Preocupação materna primária: um estado sem sujeito?

A partir da sua célebre frase em uma reunião científica da Sociedade Psicanalítica Britânica na década de 1940 – “*there’s no such thing as a baby*” (“não existe essa coisa chamada bebê”) –, Winnicott nos aponta que, para existir

um bebê, precisamos pensar na relação primária entre ele e seu cuidador, enfatizando a influência de suas características psíquicas para os processos de subjetivação do bebê. Ao contrário do que acontece em todo reino animal, os bebês, destinados a se tornarem seres de linguagem como todos nós, não vêm ao mundo equipados com um conjunto de instintos que lhes indique como ingressar na vida, são humanos de primeira viagem (Kehl, 2020).

Assim, os estudos sobre as relações precoces entre pais e bebê são de extrema importância, dado sua relação aos processos de constituição psíquica, uma vez que absolutamente dependente do ambiente, o bebê precisa de um cuidador sensível, disponível e responsável a assumir este papel, a fim de atender às suas necessidades vitais.

De acordo com Winnicott (1963/1983b), o desenvolvimento emocional primitivo leva em conta dois aspectos dos quais o bebê é permeado: a hereditariedade e o ambiente. Enquanto o primeiro diz respeito ao seu próprio potencial inato para o desenvolvimento, o segundo está relacionado ao seu entorno, que poderá sustentar ou falhar. Vale enfatizar que o ambiente não será responsável por todo sucesso ou fracasso deste novo ser, mas sim o agente responsável por facilitar ou não que seu potencial se desenvolva. Em um cenário favorável, o ambiente atuaria como um ego auxiliar, permitindo ao bebê uma experiência de continuidade de existência.

Winnicott (1956/1982) propõe o conceito de “continuar a ser”, que é assegurado pela constância dos cuidados maternos, responsável por estabelecer o fundamento da confiança básica no mundo, permitindo ao bebê relaxar e se entregar em segurança. A fim de ilustrar a necessidade da adaptação ambiental às necessidades do bebê, Winnicott (1949/1978) nos apresenta o diagrama da bolha. Nesta metáfora, o autor compara o indivíduo a uma bolha e, da mesma maneira que a pressão externa precisa se adaptar à interna, para que a bolha não estoure, o ambiente também precisa se adaptar ao bebê, para que a continuidade do ser não seja interrompida.

Até mais ou menos os seis meses, os bebês ainda se encontram em um estágio de indiferenciação em relação ao ambiente, de dependência absoluta ao meio. Neste momento, nenhum objeto é reconhecido como externo ao *self*, uma vez que ainda não existe *self*, mas sim, um *self* em potencial (Winnicott, 1963/1983b). A mãe-ambiente configura-se, então, como contexto ambiental para

que a subjetividade do recém-nascido possa se constituir. Caso as necessidades primordiais do início da vida não forem atendidas por uma mãe-ambiente adaptada ao seu bebê, as imposições ambientais serão experimentadas como ameaça de aniquilamento e as reações do bebê poderão constituir-se em uma inibição do seu desenvolvimento (Travessos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013).

Para dar conta da dependência absoluta de um recém-nascido, faz-se necessário um adulto dedicado a reconhecer, nomear e atender às suas demandas. Alguém que se ocupe dos choros, da fome, do frio, da higiene, que seja um ambiente facilitador, no caso, a mãe em estado de “preocupação materna primária”. Este clássico conceito, definido por Winnicott em 1956, revela uma condição psicológica temporária da mulher que se inicia ao final da gestação e pode perdurar por algumas semanas após o nascimento da criança.

O estado de hipersensibilidade da mulher neste período propicia uma profunda identificação com o seu bebê, que vive o estado de dependência absoluta, o que lhe possibilitará ir ao encontro das suas necessidades básicas, de uma forma que nenhuma máquina pode imitar e que não pode ser apreendido a partir de livros, enfermeiras ou médicos (Winnicott, 1964/2020). Trata-se de um conhecimento mais profundo, um saber intuitivo advindo de uma regressão, que será ancorado em recordações inconscientes das experiências infantis maternas, o que favorece sua identificação com o bebê. Mais do que qualquer conhecimento científico, o autor acredita na sensibilidade da mulher que se torna mãe.

A dependência absoluta de um bebê impõe, em contrapartida, uma responsabilidade absoluta por parte do cuidador, o que, para algumas mulheres mães, pode ser uma função muito angustiante e insustentável. Algumas, na tentativa de se extraírem dessa inundação, buscam “retomar as rédeas”, por meio de um esforço exaustivo de controle da situação. Como se pode imaginar, não deve ser fácil assumir uma tarefa ininterrupta de se ocupar e de se responsabilizar por um ser inteiramente dependente e demandante, somado ao culto ao individualismo e à realização pessoal, tão valorizados em nossa sociedade hoje.

Apesar de ser esperado que esse estado seja desenvolvido naturalmente em todas as mulheres psicologicamente saudáveis, Winnicott (1956/1982) defende que certamente existem algumas que não conseguem atingir esta “loucura normal”, que as capacita a se adaptarem às demandas iniciais do recém-nascido. Ou então, podem atingir com um filho e não com o outro. Segundo o autor, estas mães não

seriam capazes de se preocupar com seu próprio bebê, a ponto de excluir outros interesses, de maneira esperada e temporária.

Muitas mulheres temem que esta condição vá transformá-las em vegetais, e então se prendem aos vestígios de uma carreira como a um salva-vidas, e nunca se entregam por completo, nem mesmo temporariamente, a um envolvimento total (Winnicott, 1964/2020). Nestes casos, Winnicott (1956/1982) supõe uma “fuga para a sanidade” (p. 496). Quando há uma forte identificação masculina, torna-se extremamente difícil atingir esta parte da sua função materna e uma inveja do pênis reprimida deixa pouco espaço para a preocupação materna primária.

Na obra winnicottiana, em alguns momentos sentimos que a mulher não parece ser de fato compreendida em sua singularidade e desejos próprios para além do seu bebê. Quando estas particularidades são lembradas, elas aparecem como um desvio, algo que pode interferir na realização do seu papel enquanto mãe. Como, por exemplo, ao postular que a mãe humana pode se adaptar às necessidades de seu bebê nesse estágio inicial, pois neste período ela não teria nenhum outro interesse (Winnicott, 1956/1982); ou também quando diz que aquelas que não entram em preocupação materna primária, devido ao medo da vulnerabilidade que a identificação com o bebê convoca, se agarrariam às suas carreiras como forma de “fuga”.

Dessa maneira, gostaríamos de aprofundar nossa reflexão sobre o custo psíquico para esta mãe-mulher-ambiente, neste estado muito peculiar, preocupada e devotada ao bebê, para ser capaz de sustentar toda a ambivalência e tensão inerentes a esta função. A partir da teoria winnicottiana da “preocupação materna primária”, Ogden (2010) reconhece o alto custo emocional para a mulher que assume esta posição. Ao se ocupar deste lugar, o autor alerta sobre o risco da perda de uma sensação de ancoragem em si mesma como indivíduo separado, assim como o risco de perder uma parte de si caso o bebê venha a morrer. Com isso, ousadamente afirma que a preocupação materna primária seria um estado sem sujeito. Em suas palavras:

Na preocupação materna primária não existe algo como uma mãe. “A mãe sente a si mesma no lugar do bebê” (Winnicott, 1956) e, assim, remove-se não apenas da experiência que o bebê tem dela, mas também, em grande medida, da experiência que ela tem de si própria. (Ogden, 2010 p. 122)

Este momento de descentramento de si, em prol de uma maior identificação e conexão com o bebê, poderia ser comparado a um estado retraído ou dissociado, ou mesmo a uma perturbação de nível profundo, que Winnicott (1956/1982) nomeou de uma “quase uma doença” (p. 494). A palavra “doença” foi assim usada de forma paradoxal, uma vez que será necessário que a mulher seja suficientemente saudável, tanto para desenvolver este estado, quanto para dele se recuperar quando o bebê a liberar.

Como podemos imaginar, essa não é uma posição fácil de se ocupar. Se, por um lado, a mulher se engajar no processo psicológico de permitir que sua subjetividade ceda lugar à subjetividade do bebê, por outro, ela deve manter sua própria subjetividade distinta para se permitir servir de intérprete da experiência do bebê, possibilitando assim que sua alteridade seja apenas sentida, mas não levada em conta.

Mediante a sua presença discreta, Ogden (2010) indica que uma das principais funções do *holding* físico e psicológico, por parte da mãe, seria justamente proteger o bebê, isolando-o, em seu estado de continuar a ser, da alteridade implacável e inalterável do tempo. Essa função representa uma anulação de si própria em seu esforço inconsciente para proteger o bebê de toda imprevisibilidade, uma vez que, neste estágio inicial do desenvolvimento, a percepção do “não eu” é insuportável e perturbadora.

Ogden (1997) trouxe para o cerne desta questão uma forma precoce da dialética de unicidade e dualidade. Ele afirma que a mãe é uma presença invisível, mas sentida. Por meio desta relação, gera-se um estado de “continuidade do ser”, termo que transmite a noção de uma forma de subjetividade quase, mas não inteiramente, desprovida da particularidade de um sentido de “eu-dade”. Com isso, o autor acredita que Winnicott tenha captado algo da experiência paradoxal de “estar-em-um” e “estar separado” e que a unicidade seria a condição fundamental para a dualidade.

Trata-se de uma experiência que só é possível na medida em que a mulher, em estado de “preocupação materna primária”, consegue proteger seu bebê de uma invasão precoce da alteridade, criando, em seu lugar, a ilusão de um mundo no qual o tempo é medido totalmente nos termos dos ritmos físicos e psicológicos do bebê (Ogden, 2010). Desse modo, a mãe promove um ambiente para que a constituição do bebê comece a se evidenciar, as tendências desenvolvimentistas

comecem a se desdobrar e o bebê experimente um movimento espontâneo, tornando-se o detentor das sensações que são apropriadas a esta fase inicial da vida (Winnicott, 1956/1982).

E, assim, em silêncio, é que o mundo materno opera. A partir de um esvaziamento subjetivo em prol de uma total conexão com o bebê, a mãe, por meio de sua presença discreta, mas sentida, promove um ambiente favorável para que a constituição da subjetividade do bebê comece a se desenvolver, fundamental para que seu movimento espontâneo se desdobre.

Apesar de o foco em questão ser o trabalho psíquico exigido da mulher para ocupar esta posição a que o bebê a convoca, vale ressaltar, no entanto, que se trata de um movimento natural da mãe em preocupação materna primária que, embora inclua um grande investimento, é vivenciado, por algumas mulheres, como uma experiência prazerosa e absolutamente necessária também para o ser da mãe, que está profundamente identificado ao do seu bebê (Santos, 2017).

3 AMBIVALÊNCIA MATERNA

No capítulo anterior, a questão central foi refletir sobre os processos psíquicos experimentados pela mulher a partir da gestação e do nascimento do bebê. Apontamos como a chegada de um recém-nascido provoca um processo de intensa remodelação no psiquismo materno. A seguir, pretendemos abordar o conceito de ambivalência materna sobre diferentes perspectivas. Iniciaremos a partir da ótica de Winnicott, que nos apresenta a ambivalência materna desencadeada pelas demandas intrusivas do bebê. E, em seguida, com base na teorização de Green, buscaremos explorar o excesso pulsional presente na relação mãe-bebê, o que nos ajudará a mergulhar mais a fundo na vivência da mulher ao assumir este lugar, convocada pelo bebê. Por fim, buscaremos compreender este sentimento a partir da relação mãe e filha e dos percalços em torno da transmissão da maternidade de uma para outra.

3.1 “O bebê não é todo rosa-bombom”

Nos dias atuais, na sociedade ocidental, a maternidade ainda pode ser atrelada a um momento sublime e idealizado, de amor incondicional e completude, resquícios de um mito do amor materno não ambivalente, inteiramente devotado ao objeto. A partir do contato com as teorias discutidas até então, identificamos que a experiência da maternidade se constitui como uma novidade sem precedentes na história pessoal da mulher, o que pode ser vivenciado por algumas como um momento permeado por muitos conflitos e intenso mal-estar.

Independentemente de ter sido uma gravidez planejada, haverá um trabalho psíquico por parte da mãe, também recém-nascida, que envolverá lidar com a ambivalência inevitável ao encontro com seu bebê. Este encontro, tão romantizado, traz consigo uma série de abalos e rupturas em seu psiquismo, provocados por lembranças e vivências muito arcaicas e conflituosas. Em busca

de uma reflexão teórica acerca dessa experiência, buscaremos explorar a dinâmica da ambivalência materna, com ênfase na singularidade dos processos experimentados pela mulher ao assumir sua nova identidade como mãe.

A descoberta da dependência absoluta do bebê lança a mulher a um lugar nunca experimentado, de muita responsabilidade e poder sobre sua vida. Aragão (2016) pontua que a ambivalência materna está presente desde a gravidez e pode ser vivida como um jogo de amor e ódio, de desejo de vida e de morte. Contudo, essa ambivalência é frequentemente negada, “pela própria mãe e pelos que a cercam, como mas também pela cultura, sendo com isso, objeto de recalçamento ativo e persistente” (p. 64).

Para Parker (1997), a dificuldade em enfrentar sentimentos tão complexos e contraditórios, próprios da ambivalência materna, pode redundar em uma eterna culpa que implica em muito sofrimento, mas com a qual muitas mães se habituam a viver. As pressões culturais sob as quais as mulheres invariavelmente exercem a maternidade, associadas ao sentimento de incapacidade em adequar-se a uma visão romantizada desse estado, podem tornar o processo da construção da maternidade ainda mais complexo.

Mesmo que racionalmente as pessoas reconheçam a inevitabilidade do termo “ambivalência”, falar sobre este fenômeno não parece ser uma tarefa fácil. Provavelmente foi a inaceitabilidade do elemento de ódio – ou o medo ao ódio? – que levou à utilização ampla e equivocada do termo ambivalência. Este é frequentemente empregado para descrever sentimentos misturados, ao invés do conceito proposto pela psicanálise, segundo o qual coexistem, em relação à mesma pessoa, sentimentos e impulsos bastante contraditórios. Os componentes positivos e negativos postam-se lado a lado e, assim, permanecem em oposição (Parker, 1997).

O termo “ambivalência” é utilizado de forma muito abrangente na teoria psicanalítica. Seu significado provém do latim, da junção do prefixo “*ambi*”, que significa “ambos”, com “*valência*”, derivada de “*valentia*”, que significa “força”. O termo foi proposto pelo psiquiatra Eugen Bleuler para descrever, nos esquizofrênicos, a existência simultânea de sentimentos contraditórios em relação a um objeto ou pessoa. A implementação desse conceito por Freud, que permeia toda a sua obra, foi utilizada para designar um par de opostos pulsionais da mesma intensidade, o amor e o ódio.

Em Laplanche e Pontalis (1983/2001), encontramos que a ambivalência se configura pela “presença simultânea, na relação com um mesmo objeto, de tendências, de atitudes e de sentimentos opostos, fundamentalmente o amor e o ódio” (p. 17). Ela é também definida na oposição das pulsões de vida e das pulsões de morte da segunda teoria pulsional de Freud, se enraizando de maneira ainda mais clara ao dualismo pulsional.

Em “Notas sobre um caso de neurose obsessiva” (1909/1996a), Freud escreveu que “em toda neurose, encontramos, por trás dos sintomas, os mesmos instintos reprimidos [...] ódio mantido debaixo de repressão no inconsciente, pelo amor”. Pouco tempo depois, em uma nota de rodapé no texto “Os instintos e suas vicissitudes” (1915/1996c), Freud retoma o entendimento da ambivalência para Bleuler, que assume três domínios. São eles: (1) afetivo, isto é, oscilação entre amor e ódio; (2) voluntário, isto é, incapacidade para decidir quanto a uma ação e (3) intelectual, isto é, crença em proposições contraditórias. O autor acaba por privilegiar a ambivalência afetiva, e é este o sentido que orienta o seu uso por Freud.

Em seus estudos sobre o inconsciente, Freud já assinalava que o ser humano, em sua essência, é um ser dividido, sendo a atividade psíquica sempre permeada por conflitos. Sobre a ambivalência das primeiras relações de objeto, Freud (1931/1996h) ressalta que “o amor infantil é desmesurado, ele clama exclusivamente e não se contenta com menos que tudo” (p. 266). Na ótica psicanalítica, a ambivalência está presente em toda relação, sendo, portanto, impossível pensar na vertente amorosa sem levar em conta a sua contrapartida, o ódio. Dessa forma, o autor adverte que nem mesmo o amor materno é absoluto, pois, assim como os demais, ele é atravessado por sentimentos de hostilidade e aversão. Por que, então, a maternidade não seria uma exceção?

Winnicott, comumente associado à tranquilizadora expressão de “mãe suficientemente boa”, vai além de Freud e ressalta os motivos do ódio materno em relação ao bebê. Como em todas as relações humanas, que contêm sentimentos hostis, a relação mãe-bebê também é permeada por ambivalências e o ódio aí se inscreve. Em “O ódio na contratransferência” (1947/2000), o autor propõe a provocadora proposição de que toda mãe odeia seu bebê e lista as dezoito razões para justificar esse sentimento.

Dentre os motivos por trás de toda ambivalência, confrontada às demandas intrusivas e esmagadoras do seu bebê, Winnicott (1947/2000) destaca: o bebê ser um perigo para o corpo da mulher durante a gestação; o bebê como responsável e/ou obstáculo por todas as modificações em sua vida privada; o bebê machucar seus mamilos durante a amamentação; ele ser impiedoso e tratá-la como um lixo, uma serva sem pagamento (p. 285).

Ao comentar sobre esta obra, Bernard Golse (2003) afirma que “o bebê não é todo rosa-bombom” (p. 23), e que Winnicott foi muito otimista em sua lista, pois encontraria outros inúmeros motivos para justificar a ambivalência materna em relação à criança. Não há como pais, e/ou quem assume esta função, cuidar de um bebê sem reconhecer que a ambivalência está presente em todas as relações. Para cuidar do bebê com um mínimo de riscos iatrogênicos, é preciso estar verdadeiramente consciente e levar em conta esta parte hostil que é inelutável nesta relação.

Os estudos de Winnicott ressaltam a importância, para o desenvolvimento emocional do bebê, de que a mãe possa odiá-lo. “Trata-se de algo delicado porque é muito fácil para uma mãe reagir de modo moralístico quando o seu bebê morde e machuca” (Winnicott, 1968/2005, p. 176). Ao sentir que seu ódio é acolhido e compreendido, e que o objeto sobrevive aos seus ataques, o bebê aprende a tolerar o seu próprio ódio e a odiar também. Ao discutir sobre a noção winnicottiana de “sobrevivência do objeto” relacionada à destrutividade na relação mãe-bebê, René Roussillon (2013) pontua que a experiência da desadaptação da mãe, desencadeada por sua saída do estado de “preocupação materna primária”, induz a uma série de distanciamentos entre o que ela fornece ao bebê e o que este espera.

A ilusão de autossatisfação primeira do bebê só é possível graças à adaptação materna e à sua capacidade de “colocar (dar) o seio ali onde (quando) a criança é capaz de criá-lo. Assim, a alucinação encontra a percepção e cria uma formação mista que não é mais uma alucinação, tampouco uma simples percepção, mas cria uma ilusão” (Roussillon, 2013, p. 556). Porém, ao retomar seus outros interesses, a mãe começa gradativamente a desiludir o bebê, o que, para o autor, seria uma das decepções mais precoces quando não se encontra no objeto um eco das expectativas e dos ímpetos do bebê. Frente ao fracasso da ilusão, como será que o bebê reage?

É a partir dos desencontros com a mãe que o bebê vivenciará a sensação de ter perdido-destruído sua capacidade de autossatisfação e, com isso, movimentos de destrutividade são mobilizados no bebê. Para Roussillon (2013), a resposta da mãe será essencial para o que virá em seguida, e seus desdobramentos dependem da regulação da culpa materna. Culpada demais por não se sentir adaptada ao bebê, a mulher pode reagir, tentando compensar ou mesmo reparar os “danos”. Com isso, suas reações modificam o modo de contato e encontro com o bebê, uma vez que este não reencontrará o objeto anterior, que lhe parecerá então destruído.

Em uma saída oposta e criativa, quando a mãe não se sente culpada, ela pode restabelecer o contato com o bebê de uma maneira muito similar à anterior, de costume. Neste caso, o objeto é descoberto como aquilo que resiste à destrutividade e, a partir dessa constatação, descobre-se também como um outro-sujeito, o que promoverá uma verdadeira revolução subjetiva.

Dessa maneira, a mãe que suporta e sobrevive aos ataques, não se retirando e nem retaliando a raiva do bebê, permite que a criança experimente tanto a destrutividade quanto o amor. Winnicott (1947/2000) afirma que a mãe ama o seu bebê mesmo com ódio, e deve ser capaz de tolerar esse sentimento sem nada fazer a respeito. Em suas palavras:

O ponto mais interessante a respeito da mãe é a sua capacidade de ser tão agredida e sentir tanto ódio por seu bebê sem vingar-se dele, e sua aptidão para esperar por recompensas que podem vir ou não muito mais tarde. (Winnicott, 1947/2000, p. 286)

Com isso, ao caracterizar o ódio como inevitável nesta relação a partir do nascimento de um filho, um novo desafio é apresentado à mulher: a função contraditória de não só despertar a pulsionalidade do bebê, por meio da continuidade dos cuidados fundamentais no início da vida, quando a dependência do bebê é absoluta, como também contê-la. Como se não fosse o suficiente, a mulher mãe, ao mesmo tempo em que precisa conter e controlar as angústias do bebê, precisa conter as suas próprias.

3.2 Um amor incômodo

O foco de grande parte dos trabalhos de Winnicott, assim como grande parte das contribuições psicanalíticas, está relacionado à importância de uma qualidade de presença para que a constituição psíquica do bebê possa se dar de

uma forma satisfatória. Para avançar em nossa discussão, gostaríamos de propor uma reflexão para a dinâmica da ambivalência materna a partir de autores que buscam articular a teoria pulsional à teoria das relações objetais, o que nos ajudará a pensar esta questão, por um outro viés, pelo ponto de vista dos processos experimentados pela mulher.

Desse modo, gostaríamos de refletir sobre um amor incômodo, este mal-estar na maternidade pouco falado, mas vivenciado pela mulher para além do que Winnicott descreve em “Ódio na contratransferência” (1947/2000). No desenvolvimento deste texto, o bebê ocupa um lugar central nas razões da ambivalência materna, quando esta é desencadeada pelo desgaste e pelas demandas intermináveis de um recém-nascido, como facilmente poderia se pensar no senso comum – como, por exemplo: seu choro indecifrável e impiedoso, o bebê ser um perigo para o seu corpo durante a gestação e o parto, a dor da mulher ao ter seus seios mordidos e sua privação do sono.

Em seu texto “Paixões e destinos das paixões”, Green (2017) distingue a loucura da psicose, explicando que a primeira se refere a um campo mais ampliado, de um certo estado de desordem, de instabilidade, de um funcionamento fronteiro para além da neurose clássica, que se aproxima da psicose, sem, contudo, se igualar a ela. Esses pacientes foram denominados “casos-limite”, a fim de simbolizar que a frágil linha que separa o interior do exterior, o eu e o outro, é incerta. Com isso, o autor acaba nos abrindo um horizonte para pensarmos sobre a “loucura privada”, ou seja, sobre algumas situações perturbadoras frente às quais o sujeito transitoriamente enlouquece.

Green (2017) considera que as descrições do relacionamento mãe-bebê não foram além do suficiente, e nos chama atenção para a relação da loucura com a experiência da maternidade. Em “O mito de um amor genético”, o autor defende o caráter necessariamente traumático para a mulher que se lança à experiência da maternidade a partir de uma série de rupturas e abalos em seu psiquismo, destacando a dimensão pulsional e passional presente na relação mãe-bebê. E, assim, propõe a tese da “loucura materna ordinária”, com o intuito de ampliar a noção de loucura e questionar as fronteiras entre o normal e o patológico neste momento tão peculiar da vida da mulher.

Para o autor, não haveria nada de espantoso ou chocante em considerar como uma loucura materna ordinária esse estado “normal” e transitório presente

nas mulheres durante o período da gravidez e início da maternidade. Bastaria compreender que, durante este tempo, existe, nas mulheres que vivem essa experiência, uma completa remodelagem de sua vivência, de sua relação com o mundo, da organização de suas percepções, inteiramente direcionadas ao bebê (Green, 2017, p. 172).

A hipersensibilidade da mulher aos sinais imperceptíveis do bebê assume para os outros uma qualidade quase alucinatória. Neste momento, o autor acredita que a mulher estaria exposta a vivenciar um estado da ordem do traumático, capaz de desorganizá-la psicologicamente. Apesar de Green (2017) denominar essa loucura como passageira, sublinha que ela não deixa de ser menos perigosa para aquelas que se arriscam vivê-la. Este estado, embora temporário, colocaria em risco os próprios limites da mulher.

Green considera a “loucura materna ordinária” como uma condição necessária para a identificação da mãe com seu bebê e, conseqüentemente, para o desenvolvimento saudável da criança – de forma semelhante à teoria winnicottiana, desenvolvida anteriormente. Winnicott (1956/1982) nomeou de uma “quase uma doença” (p. 494) esta fase de descentramento de si, em prol de uma maior identificação e conexão com o bebê, que poderia ser comparada a um estado retraído ou dissociado, ou mesmo a uma perturbação de nível profundo. “O paradoxo é forte e as palavras escolhidas por Winnicott também: para ser normal, o bebê tem necessidade de que sua mãe seja louca; se ela não é, não é normal; e é a presença do bebê que torna esta loucura normal” (Adesse, 2019, p. 46).

Vale ressaltar que, apesar de Winnicott (1956/1982) e Green (2017) apontarem para uma loucura temporária na mulher neste período, há uma divergência importante em relação à matriz teórica de cada autor. É preciso destacar aqui a dimensão pulsional e passional presentes no movimento identificatório da mãe com o seu bebê, enfatizada na teoria greeniana, e que não aparece nos escritos de Winnicott. Assim como Freud aponta para a mãe como a primeira sedutora e descreve a atividade de cuidado e a atividade erótica como inseparáveis, Green acrescenta que essas duas relações estão na raiz da importância da função materna – o primeiro objeto de amor e o protótipo de todas as outras relações de amor posteriores.

Desde a gestação, a mulher é confrontada com a questão dos limites psíquicos e corporais, internos e externos. Todas as mudanças físicas, psíquicas e

inclusive identitárias, podem representar um verdadeiro ataque ao narcisismo materno, provocando todo um estremecimento nos investimentos narcísicos e objetais da mulher. O parto, ou a aproximação dele, confronta a mulher a uma experiência eminentemente traumática de perda dos limites de si: “trata-se de expulsar uma parte de si que é um outro, um estranho que tomou posse do seu interior e do qual é necessário expulsá-lo sob pena de morte” (Adesse, 2019, p. 57).

Adesse (2019) propõe uma reflexão acerca do aspecto inescapável da experiência da maternidade que estaria relacionado ao caráter necessariamente traumático dessa vivência, levando em conta todos os abalos e rupturas no psiquismo da mãe desencadeados pela gravidez e pela chegada do bebê. Frente ao excesso que a maternidade veicula no psiquismo materno, a autora sublinha que a base do traumático da maternidade é a revivência do estado de desamparo originário da mãe, a reatualização do seu narcisismo e suas angústias primitivas frente ao apelo do bebê e da sua necessidade de ser contido em seu desamparo (p. 62).

A dependência absoluta do bebê exige da mulher desempenhar o papel de um ego auxiliar, de um continente, de um espelho para o recém-nascido. Entretanto, ela só conseguirá realizar esta tarefa e se permitir a “loucura materna ordinária” se puder tanto aceitar quanto conter suas próprias pulsões, ao mesmo tempo em que desperta a criança para a vida pulsional (Green, 2017). Seria então um trabalho da mãe se apaixonar desmedidamente para entrar na loucura, mas, ao mesmo tempo, se conter e se controlar para que a sua paixão não se transforme em um excesso. Que loucura!

Retomando a tese da “loucura normal ordinária” proposta por Green (2017), entendemos mais a fundo essa dupla e oposta função materna: de estimulação e de contenção. Neste momento, o autor dialoga com a pulsionalidade da teoria freudiana, em que é o objeto que erotiza o bebê, porém e ao mesmo tempo, é preciso que isso seja contido em seu próprio sexual. Com isso, a criança permanece submetida a uma dupla série de excitações: as excitações pulsionais internas e as externas, em que aquelas provenientes do objeto têm um valor preponderante. Neste caso, o eu do infante não é capaz de fazer a distinção entre o que percebe de suas próprias pulsões e das pulsões do objeto (Green, 2017, p. 171).

Ainda segundo o mesmo autor, será com base na ação do objeto materno que a constituição do eu decorrerá a partir de dois fatos. O primeiro, quando o eu consegue, graças ao objeto, estabelecer em seu interior um regime de investimentos estáveis, de nível constante. É um trabalho da mãe se colocar no lugar de ser usada como um receptáculo para as pulsões do bebê, de modo que possam ser devolvidos de uma forma mais aceitável. Dessa maneira, ele terá que lutar apenas contra as excitações pulsionais internas.

O outro fato seria quando o eu, na constituição do infante, não tivesse que lutar apenas contra as suas próprias excitações pulsionais, mas a essa luta se acrescentar àquela contra a força externa da loucura das pulsões do objeto. Vemos, então, a luta contra esse agente, que deveria ser seu aliado e que se torna inimigo, obrigando à mobilização das pulsões destrutivas, responsáveis pela eclosão da psicose: esta seria a consequência desse duplo ataque ao eu e ao objeto (Green, 2017). Nestas circunstâncias, em que a contenção ou o papel de espelho de ego auxiliar não pôde ser assumido pelo objeto materno, a loucura extrapola e o bebê precisará fazer dois trabalhos: a contenção do seu excesso pulsional e do outro, o que seria de uma ordem quase do impossível.

Assim, somos confrontados a uma descrição totalmente paradoxal do amor materno, o que não impede que se realize de forma espontânea e natural. A intensidade associada à função materna, a ameaça a sua própria identidade e o reencontro com angústias tão primitivas e impensáveis fazem do pós-parto um momento muito delicado e perigoso para algumas mulheres.

Adesse (2019) se propõe a pensar neste estado de “loucura materna” relacionando-o justamente às noções das fronteiras entre o eu e o outro, entre o dentro e o fora. Diante dessa “mistura”, como se estabelecem as fronteiras entre a mãe e o bebê? Quais seriam as repercussões psíquicas para a mulher que se engaja nessa experiência da maternidade? Uma “loucura normal” que, ao mesmo tempo em que é fundamental e constituinte para o bebê, é também traumática e constitutiva em seu processo de tornar-se mãe. Veremos adiante o quanto esta “mistura” pode estar relacionada à dupla valência do bebê, que é, ao mesmo tempo, fruto de um investimento narcísico e objetal.

3.3 Entre o amor narcísico e objetal

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), entre 15% e 20% da população feminina apresenta pelo menos algum sintoma de depressão puerperal (pós-parto). Devido à sua prevalência e à dificuldade diagnóstica, vem sendo considerada um problema de saúde pública. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1997) afirma que sua ocorrência acomete as mulheres até a sexta semana pós-parto, enquanto o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2013) define este período entre a gestação e a quarta semana após o nascimento do bebê.

Isento de uma conotação patológica, o *baby blues*, conhecido também como “tristeza materna”, ganhou o interesse dos estudiosos da área da parentalidade pois, embora passageiro, é observado em grande parte das mulheres. Ele é considerado um quadro transitório que não se configura como um transtorno, mas acomete de 50% a 85% das mulheres até dez dias após o parto. Os sintomas mais comuns são: crise, choro, ansiedade, humor deprimido e irritabilidade.

Geralmente, observamos um estranhamento em relação a essas sensações, certamente porque tais sintomas não correspondem à representação cultural que temos do nascimento do filho como a maior realização feminina. O que será que justifica este estado puerperal tão comum a tantas mulheres? Claramente, as causas são multifatoriais, mas, para além das questões hormonais, do estresse associado ao final da gravidez e do parto, Bydlowski (2000) acredita que estão relacionadas a uma desorganização do ego materno, constituindo-se na “tradução emocional de uma espécie de desnudamento psíquico que permite à mãe lidar com o seu recém-nascido” (p. 136).

De acordo com Bydlowski (2000), o *baby blues* seria a tradução emocional de um tipo de desnudação psíquica, que permitiria à mulher entrar em sintonia com seu bebê. O *blues* estaria relacionado à exacerbação da sensibilidade para melhor compreender os sinais de seu filho, e seria justamente este fato que justificaria sua universalidade.

Myriam Szejer (2002) nos convoca a investigar o *baby blues*, eliminando a hipótese hormonal, uma vez que esta tristeza específica materna pode ser

identificada em mulheres que tiveram bebês prematuros e/ou foram adotados. Neste segundo caso, não há hormônios em jogo, visto que a mulher não esteve grávida. Porém, alguns dias depois de chegar com o bebê em casa, independentemente de ter passado alguns dias no hospital, no caso dos prematuros, algumas mulheres apresentam os mesmos clássicos sintomas: choro, tristeza, sensação de que não será uma boa mãe para aquela criança, impaciência, insônia, falta de confiança em si etc. Com isso, a autora defende que é o bebê, a sua presença, que desencadearia este estado.

Seria então o *blues* uma resposta à posição paradoxal à qual a mulher é convocada ao tornar-se mãe? Uma saída “normal” e necessária frente a tantos remanejamentos psíquicos?

Em nossa leitura, o *baby blues* teria uma característica de transitoriedade, tratando-se de um período passageiro, mas necessário, de remanejamento psicológico e elaboração psíquica. O *baby blues* poderia ser compreendido como uma resposta psíquica materna, associada a uma depressão, em busca de um isolamento desencadeado pela complexidade do trabalho de luto por tudo aquilo que foi perdido e/ou transformado a partir do nascimento do bebê.

Poderíamos pensar também neste período como um tempo extremamente necessário de elaboração psíquica e de apropriação subjetiva, um momento inaugural do reconhecimento do bebê enquanto um outro, fundamental para a vinculação da mãe à criança. A nosso ver, este momento de “suspensão” pode representar uma resposta, por parte da mulher, frente a todas as mudanças físicas, psíquicas e, inclusive, identitárias que representam um verdadeiro ataque ao narcisismo materno, provocando todo um estremecimento nos investimentos narcísicos e objetivos da mulher.

Ao mesmo tempo em que a mulher, durante a gestação e após o nascimento do bebê, se encontra em um período de reviver e de se reaproximar de seu estado mais arcaico, de profundo desamparo, ela é responsável por reconhecer e se responsabilizar pela dependência absoluta e brutal do seu bebê. Este momento de permeabilidade ao outro, que permite o cuidado com as necessidades do bebê em prol de uma sintonia e da identificação com o bebê, coloca a mulher em um lugar de fragilidade (Aragão, 2016).

Isso nos aponta para um paradoxo instaurado pelo complicado lugar conferido à maternidade: ao mesmo tempo em que o eu precisa do objeto para

sobreviver e se constituir, o objeto, com seus desejos próprios, também precisa do seu tempo para se (re)organizar a partir do encontro com este recém-chegado.

Em “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Freud (1914/1996b) descreve com muita sensibilidade o lugar que o bebê ocupa no narcisismo parental. Para o autor, ao colocá-lo no lugar valorizado de “Sua Majestade, o Bebê”, a figura de todo investimento parental, os pais buscam resgatar e, principalmente, reparar seu próprio narcisismo infantil perdido. Neste sentido, este amor direcionado ao bebê estaria relacionado ao retorno e à reprodução do narcisismo, já abandonado, dos pais. Dessa maneira, a possibilidade de reviver seu narcisismo infantil poderá tanto facilitar como também prejudicar as capacidades maternas de adaptação às necessidades do bebê.

Desse modo, gostaríamos de discutir o movimento da mulher entre o seu narcisismo, por um lado, e a sua capacidade de reconhecer o bebê como um ser separado, por outro. Durante a gestação, com seu duplo *status*, ao mesmo tempo no interior do corpo da mãe, mas ausente da realidade visível, o bebê, concomitantemente, é fruto de um investimento narcísico e objetal. Essa peculiar situação do bebê, ainda que parte do interior materno, do seu corpo, e também objeto de projeções e fantasias, favorece uma indistinção entre um e outro e produz efeitos de fusão e de indiferenciação que podem ser angustiantes para a mulher (Aragão, 2007).

Bydlowski (2002) sustenta que o bebê, objeto investido narcisicamente durante a gravidez, não se difere do eu, à medida que a criança é ainda sentida como parte do *self* da mãe. Mesmo após o parto, o bebê ocupa um espaço híbrido entre o mundo interno e externo da mulher, podendo permanecer, em sua fantasia, como uma parte narcísica de si.

A gestação sugere uma nova perspectiva no que tange ao investimento libidinal. A nosso ver, poderíamos relacionar as vicissitudes da ambivalência materna a esta dupla valência: narcísica e objetal. Ou seja, neste momento, o investimento libidinal seria, ao mesmo tempo e, sobretudo, um investimento objetal e narcísico, uma vez que o bebê ainda é parte, ou vivenciado como integrante do corpo da mulher.

As mulheres que gestam e parem têm uma experiência visceral com a maternidade muito diferente dos homens. Não podemos negar que algo que acontece no corpo de forma abrupta e radical marca a mulher para sempre e deixa

na relação com os filhos uma estranha sensação de que eles “são parte” do seu corpo. Filhos advêm do corpo das mulheres e não há como negar os efeitos desse fato da natureza.

Durante a gestação, tempo de vida comum entre mãe e bebê no qual os corpos se entrelaçam e se misturam, a criança tem um duplo *status*: ao mesmo tempo que está presente no interior da mãe, encontra-se ausente da realidade visível e representável. O fato de o bebê nascer não significa que ele já é sentido como um objeto externo, como alteridade. Sylvain Missonier (2004) propõe o conceito de relação de objeto virtual (o futuro bebê) para descrever esta relação muito peculiar entre a mãe e o bebê, destacando sua característica intermediária, ao mesmo tempo externo e interno, um outro e produto do narcisismo materno. Aragão (2016) acrescenta que a escolha da palavra “virtual” para qualificar esse modo de relação de objeto se faz a partir do latim *virtualis*, que significa “só existe em potência”, o virtual opondo-se assim ao atual, e não ao real.

Sylvain Missonier (2004) busca explicitar a virtualidade desta relação que se estabelece entre a mãe e o bebê, ainda em seu ventre, descrevendo-a como um processo dinâmico e adaptativo envolvendo um conjunto dos comportamentos, afetos e representações em torno do feto. O autor se propõe a pensar no tempo da gestação como um momento preparatório para a relação objetal, a partir de um movimento da mulher, que iria do investimento narcísico ao surgimento progressivo do investimento objetal. A relação de objeto virtual seria então uma preparação para a relação objetal.

Seguindo este mesmo raciocínio, Golse e Bydlowski (2002) propõem a hipótese de uma passagem que operaria como uma balança, uma gangorra da atenção psíquica da mãe de dentro para fora em torno do pivô do nascimento da criança. Essa transição é oriunda da possibilidade de um desinvestimento gradual do objeto interno (o bebê no ventre) em benefício do bebê já fora do corpo materno. Para elucidar esta passagem, os autores descrevem um deslocamento em três tempos.

O primeiro, a “transparência psíquica”, estaria relacionado a um período em que o bebê já possui certa concretude, mas invisível aos olhos, pois ainda não tem figura de um objeto externo. Posteriormente, no período denominado de “pré-natal”, o feto, embora ainda intrauterino, começa a apresentar um *status* exterior. Em razão dos avanços tecnológicos, por meio das ultrassonografias com imagens

em três dimensões, é possível visualizar com muita precisão as feições, assim como o peso e a altura do bebê com grande precisão, o que pode, de certa forma, auxiliar nesta representação e deslocamento.

E, por fim, no terceiro tempo, denominado de “após o nascimento”, a atenção psíquica da mãe estaria voltada para o recém-nascido já fora de seu corpo. Somente a partir desse momento o bebê poderia ser investido como um objeto externo, não mais como puro objeto interno, mas já como um interlocutor. Assim, Golse e Bydlowski (2002) postulam uma passagem progressiva da transparência psíquica à preocupação materna primária. Do ponto de vista da mulher, existiria um gradiente que iria do objeto interno ao objeto externo, por um viés de desinvestimento progressivo do primeiro em benefício do segundo.

Os autores pontuam que nem sempre essa delicada dinâmica se faz de maneira gradual e, muitas vezes, podem não coincidir com a passagem anatômica do nascimento. Além disso, concluem que a característica de todos os movimentos de objetualização é tentar, inicialmente, incidir sobre os objetos narcísicos antes de poder concernir os objetos mais diretamente objetais. Em um cenário favorável, a recém-mãe não estará sozinha e o respaldo e a presença de um terceiro a ajudará a sair de seu sonho de gravidez e olhar para este bebê como um ser completo e separado.

3.4

Ultrapassando fronteiras: a transmissão da maternidade

Se, até o momento, buscamos compreender o conceito de ambivalência materna por meio das rupturas e dos excessos no psiquismo materno, gostaríamos de propor uma reflexão a partir da relação mãe-filha e dos percalços da possível transmissão da maternidade, de uma para outra. Aragão (2007) sustenta que esta transmissão está marcada pela construção, por parte de ambas, da própria feminilidade, isto é, pelas marcações de suas trajetórias psicosexuais. Ainda que não seja nossa intenção revisitar a concepção freudiana sobre a trajetória psicosexual da mulher, torna-se fundamental retomarmos alguns pontos articulados a esta relação que nos servirão de pano de fundo para melhor compreender as contribuições da autora.

Apesar de, em “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica dos sexos” (1925/1996g), Freud começar a desenvolver as diferenças entre o complexo de Édipo feminino e masculino e sua importância na constituição psíquica do sujeito, é somente em “Sobre a sexualidade feminina” (1931/1996h) e “A feminilidade” (1933/1996i) que o autor discorre mais amplamente sobre a sexualidade feminina e seus supostos enigmas. Enquanto, no primeiro, Freud elaborou as questões relacionadas ao erotismo e ao gozo feminino, no segundo, o foco se deu sobre o modo como a mulher simboliza a castração e sobre o deslizamento simbólico do desejo pelo pênis-bebê.

Freud (1925/1996g) assinala a diferença entre os caminhos do desenvolvimento psicosssexual da menina e do menino, estabelecendo algumas peculiaridades da trajetória feminina referente à distinção morfológica dos seus órgãos genitais. Com isso, postula que tal diferença “está fadada a encontrar expressão em diferenças de desenvolvimento psíquico” (p. 197). Nesse sentido, a diferença que Freud pôde pensar a respeito do complexo de Édipo na menina e no menino está relacionada à diferença anatômica dos sexos. Será, então, a partir da repercussão do complexo de castração que se estabelece a diferença fundamental: se, por um lado, o menino, temendo a castração, sai do cenário edipiano, a menina, ao perceber-se castrada, entra no cenário edipiano.

Com isso, para a menina, o trabalho é mais complicado, desencadeado pelo duplo movimento que precisará fazer. Para além de uma mudança de objeto – da ligação com a mãe para a ligação com o pai –, a menina precisará modificar também a sua zona erógena – do clitóris para a vagina. Decepcionada com a mãe, ela direciona sua demanda fálica ao pai, o que viabiliza sua entrada no complexo de Édipo.

O desejo que leva a menina a voltar-se para o seu pai é, sem dúvida, originalmente o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou, mas que agora espera obter de seu pai. No entanto, a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê e, então, seguindo uma antiga equivalência simbólica, o filho aparece no lugar do pênis. (Freud, 1933/1996i, p. 158)

Toda esta reorganização da libido não é simples, pois será justamente neste momento, ao perceber-se castrada e decepcionada com a mãe por tê-la colocado em “desvantagem”, que a menina precisará identificar-se com ela. Freud justifica esse ressentimento da menina em relação à sua mãe por dois motivos: por tê-la privado de ter o falo e por tê-la “feito nascer mulher”. Neste momento, ele se diz

surpreso com a força desse laço primordial mãe-filha, e constata, a partir de sua prática clínica, que, quando o vínculo entre a menina e o pai era intenso, a análise mostrava ter havido uma ligação igualmente intensa e apaixonada com a mãe. Assim, o autor relaciona a ligação filha-pai como consequência da relação primeira com a mãe, cuja relevância até então fora grandemente subestimada (Freud, 1931/1996h).

Dito isso, para seguir em sua trajetória, a menina precisará renunciar o seu primeiro objeto de amor, a mãe. Este luto à mãe dos primeiros cuidados e da sedução precisa ser feito ainda muito cedo. A questão da relação mãe-filha na obra freudiana é interpretada por Aragão (2007), considerando que, no estado de gravidez e, conseqüentemente, do nascimento do bebê, haveria uma revivência do primeiro laço mãe-filha. Em suas palavras:

É como se o efeito do recalque não fosse suficiente para conter eficazmente a força desse laço, uma vez que a ligação com a mãe traz a marca do luto, que deixa sempre aberto o risco de um retorno. Essa identificação traz para a menina o testemunho da renúncia e também, da rejeição a esse primeiro objeto de amor. (Aragão, 2007, p. 92)

O ressurgimento de conflitos em torno da mãe foi observado por quase todos os autores que abordaram esse tema. Para Freud (1931), uma filha que lutou a vida inteira para se separar da própria mãe, de repente se vê na posição de mãe – e, ao mesmo tempo, ao se tornar mãe, pode sentir que ainda é filha. Dessa forma, a fim de conseguir modificar sua posição subjetiva na transição da posição filial para a posição materna, a mulher agora mãe precisará se reaproximar dessa mãe primordial.

A sombra das primeiras relações com a mãe reapresenta-se muitas vezes quando a menina, agora mulher, prepara-se para tornar-se mãe. A aposta e a proposta de Aragão (2007) vão, portanto, na direção de que as relações inconscientes de uma filha com sua mãe são inevitavelmente reatualizadas a partir da realização da maternidade pela filha. E, assim, os laços ambivalentes de amor e de ódio, com seu rastro de sentimentos de culpabilidade, se farão presentes no trabalho de luto pela mulher dessas primeiras relações.

Ela precisará se reaproximar dessa mãe primordial, levada a isso ao mesmo tempo pela identificação com o bebê que ela carrega, como também pela identificação com sua própria mãe, para chegar a modificar sua posição subjetiva nessa passagem da posição filial para a posição materna. (Aragão, 2007, p. 100)

Assim, a mulher começa a re-experienciar sua própria infância a partir da maternidade, repetindo o que era bom e tentando melhorar o que não era. Os temas edipianos estão evidentemente em jogo na maioria desses fluxos e o surgimento inesperado de sentimentos de ódio se presentifica. De certo modo, tornar-se mãe é reencontrar sua própria mãe dos primórdios, ou seja, refazer o seu próprio percurso como filha. Os entraves e os sucessos desse processo marcarão para esta recém-mãe a possibilidade de assumir sua nova identidade como mãe.

Por duas vias podemos pensar no tempo da gravidez e no que sucede ao parto como um momento que favorece o ressurgimento das primeiras relações pré-edípicas mãe-filha. Conforme já discutimos anteriormente, mediante um particular funcionamento do psiquismo materno, de maior permeabilidade psíquica, definido por Bydlowski (2002) de “transparência psíquica”, abre-se uma janela maior para o inconsciente e, conseqüentemente, os entraves na relação mãe-filha são desnudados.

É como se a filha, tornando-se mãe, revivesse de forma invertida seu laço com sua mãe, no sentido contrário da dinâmica que a havia conduzido em direção ao pai. O investimento narcísico da gravidez, centrado sobre o corpo, contribui para esse retorno às origens, ao arcaico, à experiência pela mãe do seu próprio vivido como bebê (Aragão, 2007).

Bydlowski (2002) considera que somente a partir da primeira gestação que a fase da adolescência seria encerrada, e seria por meio do laço originário com a mãe da fase pré-edipiana que a maternidade poderia inaugurar um reencontro com o objeto de amor perdido, trazendo à tona lembranças do seu passado. Ainda segundo a autora, seria justamente nesta ocasião que a mulher deixaria de lado a relação com a mãe rival edipiana e iria ao reencontro da relação de ternura dos primórdios dessa relação com a mãe.

Estaria então a ambivalência materna relacionada à revivência e à reatualização dos primeiros tempos pré-edípicos, ainda relacionados à castração? Poderíamos dizer que o ressentimento por ter recebido de sua mãe um órgão “inferior” seria rememorado a partir do processo de tornar-se mãe?

A nosso ver, a passagem de filha para mãe seria menos uma operação de reprodução de papéis e mais sobre a maneira pela qual cada mulher realizou sua travessia edípica, que é revivida a partir da maternidade. De acordo com Aragão (2007), a ambivalência materna é herdeira das relações da mãe com seus

primeiros objetos, em especial herdeira da ambivalência materna em relação à sua própria mãe. Se, por um lado, o cenário do nascimento configura-se sempre como um momento marcado pela fragilidade da mulher, decorrente de todos os remanejamentos psíquicos que se fazem necessários, por outro, compreendemos que ele também pode ser entendido como um momento muito potente na vida desta nova mãe, propício para remanejamentos importantes e estruturantes, assim como uma oportunidade para recomeços e reedições de histórias passadas.

4 MATERNIDADES

Em nosso capítulo final, realizaremos uma articulação entre conceitos teóricos desenvolvidos até aqui com dois fragmentos clínicos que irão ilustrar e enriquecer nossa discussão. No primeiro, buscaremos refletir sobre a figura do especialista na construção da maternidade. No seguinte, teremos como objetivo abordar o custo psíquico para a mulher assumir o lugar que o bebê a convoca, ao mesmo tempo em que assume novos papéis. Os dados foram alterados para preservar o sigilo das pacientes, sem prejudicar os elementos importantes a serem trabalhados pelas vinhetas.

4.1 Entre entregar-se à loucura e o medo de se perder

Para além da compreensão da ambivalência materna relacionada às demandas do bebê ou ligada às transformações corporais e psíquicas na mulher, Badinter (2011) nos auxilia a pensar a questão a partir de um outro viés. Ao problematizar as causas dessa ambivalência, a autora destaca as perdas efetivas da mulher ao se lançar à maternidade e nos apresenta uma nova conotação à problemática da ambivalência materna: a divisão da mulher enquanto mãe e profissional. Segundo a autora, a conciliação entre estas duas funções é quase impossível de ser solucionada.

Para Badinter (2011), os surpreendentes avanços dos métodos contraceptivos permitiram às mulheres o poder de decisão por ter ou não filhos e, com isso, a ambivalência materna ficou ainda mais evidente. Neste ponto, torna-se importante pensar que, por trás de uma mãe-ambiente, de acordo com a teorização winnicottiana, ainda existe uma mulher com seus desejos, questionamentos e ambivalências. Em seus escritos, Badinter (1985) buscou problematizar o mito do amor materno, apontando que, apesar de a maternidade ainda estar atrelada a um

momento de completude, este período é permeado por muitos conflitos, conforme discutido no primeiro capítulo.

Corroborando esse pensamento, Iaconelli (2015) traz o enfoque para o entorno no qual a mulher se encontra hoje e o quanto isso favorece ou não o seu processo, sempre singular, para se constituir como mãe. Diante de uma cultura que denega a ambivalência materna e defende que com “foco, força e fé” atingimos todos nossos objetivos, nos deparamos com a missão quase impossível da maternidade: ser mãe, mulher, amante, profissional etc. Para estas autoras, nossa sociedade impõe um modelo ideal de mãe, mulher profissional bem-sucedida, que acaba por levá-la a um desgaste físico e emocional, na tentativa de conciliar e integrar subjetivamente todas essas funções.

Neste contexto, no qual se espera de uma mulher que ela desempenhe o papel de mãe “perfeita”, o amor materno repousa sobre o mito de um amor não ambivalente, puro, sublime e incondicional (Badinter, 1985). Na medida em que a ambivalência, oriunda desta experiência, é silenciada, e o ódio materno, velado, acreditamos que a mulher é confrontada a uma grande imposição ambiental, no sentido winnicottiano, para entregar-se ao estado de preocupação materna primária (Winnicott, 1956/1982). De acordo com Travassos-Rodriguez e Féres-Carneiro (2013), romper com o modelo materno ideal, imposto por nossa cultura, no qual a maternidade é retratada como uma ficção que exclui a possibilidade da coexistência de sentimentos ambivalentes na relação da mãe com o bebê, pode ser devastador/desintegrador para a mãe.

Conforme viemos discutindo, considerando todas as conquistas femininas, sejam elas nos setores públicos ou relacionadas à sua própria sexualidade, percebemos, em algumas mulheres, indícios de apreensão ao se lançarem à “loucura materna” (Winnicott, 1956/1982; Green, 2017). A seguir, iremos introduzir fragmentos da história de Antônia, o que nos auxiliará a refletir sobre o aspecto ambivalente do amor materno e sua dificuldade em se lançar a esta aventura, sem controle, que é a maternidade.

Antônia foi mãe do seu primeiro filho aos 43 anos. Apesar da maternidade ser um projeto muito sonhado, foi também muito adiado em prol de outros planos, profissionais e acadêmicos, que sempre tiveram um lugar muito importante em sua vida. Após completar 39 anos, sentiu que não seria mais possível postergar o projeto “ser mãe”, em razão de um dado de realidade: a idade fértil da mulher.

A Organização Mundial da Saúde (2011) considera a mulher em idade fértil entre 15 e 49 anos. A partir dos 35 anos, as chances de uma mulher ter um bebê naturalmente declinam em média 50% e, de maneira mais intensa, em 90% aos 40 anos – momento em que a reserva ovariana diminui e os óvulos começam a envelhecer. De acordo com a pesquisa divulgada pelo DataSUS em 2020 no Brasil, nas duas últimas décadas houve um aumento de 40% de mulheres que foram mães após os 40 anos.

A maternidade tardia é uma tendência que vem se destacando em todo o mundo. Com a evolução da medicina e o avanço nos processos de fertilização, a gestação tardia tornou-se uma opção. No Brasil, aumenta o número de mulheres que posterga a maternidade para depois dos 35 anos e a ascensão profissional é um dos motivos para este fenômeno. Travassos-Rodriguez e Féres-Carneiro (2013) defendem que esse fenômeno evidencia o tempo de educação da mulher e sua entrada no mercado de trabalho, que exigem o adiamento da maternidade.

Na época em que Antônia resolveu priorizar a maternidade, sua primeira opção foi pensar em uma reprodução independente, porém, logo em seguida, ao reencontrar um ex-namorado, abandonou seu plano original e tentaram “pela via natural”. Após um aborto espontâneo, ainda em dúvida, inclusive, se seria capaz de gestar por conta da idade avançada, optou por uma reprodução assistida, tentando controlar todas as variáveis possíveis, em busca de medidas que a afastassem do inesperado. Depois da segunda tentativa de fertilização *in vitro* (FIV) – método de reprodução assistida que consiste em fecundar o óvulo fora do corpo da mulher, para somente depois que o embrião começar a se formar, ser inserido no útero –, aos 42 anos engravidou.

Apesar de todo dilema que viveu durante sua licença maternidade, na tentativa de encontrar saídas para conciliar o ser mãe e ser profissional, estava certa em sua decisão de pedir uma licença sem vencimento, pois acreditava que os projetos maternidade e vida profissional seriam muito difíceis de se sustentar concomitantemente. Como seria possível manter sua produtividade no trabalho e, ao mesmo tempo, cuidar de uma criança?

Antônia atribui esta decisão ao enorme desejo de ser mãe, adiado por muitos anos, aliado à tradição familiar em que todas as mulheres permaneciam em casa, dedicando-se exclusivamente aos filhos até que eles completassem cinco anos de idade. Neste ponto, vale ressaltar a sua história enquanto bebê: como não

teve irmãos, durante os primeiros anos de sua vida, teve a presença integral de sua mãe, que abdicou de sua carreira para dedicar-se integralmente a ela.

Ao contrário do que imaginava, foi justamente após o nascimento do bebê e sua decisão por permanecer em casa, exclusivamente cuidando do seu bebê, que se sentiu ainda mais angustiada. Se, por um lado, queria parar de trabalhar para cuidar do filho, por outro, não se imaginava sem o seu trabalho. Porém, antes do seu retorno, quando oficializaria a sua decisão, foi indicada a um cargo de chefia que optou por não recusar. Fato este que a fez renunciar ao seu plano inicial e retornar ao trabalho.

Tendo em vista estas considerações, apesar de muitos planos terem sido abandonados por Antônia, fica nítido que eles não foram deixados para trás sem custo. Poderíamos supor que estes movimentos estariam relacionados a uma dificuldade em sustentar sua própria ambivalência? Movimentos estes que a fariam renunciar a um desejo inicial por uma saída oposta?

Apesar de todas as mudanças durante o seu percurso na maternidade, com um discurso muito racional, nos parece que Antônia não se permitiu criar uma narrativa sobre suas escolhas, que muitas vezes parecem contraditórias ao seu discurso. Nos momentos de dificuldade, parece reafirmar a sua decisão, com justificativas muito objetivas, para seguir adiante tentando esquivar-se de suas angústias e percalços em relação à maternidade.

Acreditamos que toda a sua racionalização seria também um recurso defensivo na tentativa de manter-se no controle e não se lançar ao encontro inesperado com o bebê que, temporariamente, poderia afastá-la de suas metas profissionais que considera de extrema importância, não só para sua realização profissional, mas para a sua identidade. Travassos-Rodriguez e Féres-Carneiro (2013) constataram que, na maternidade tardia, o período de adaptação ao bebê é vivido com uma ambivalência mais intensa. As autoras justificam tal proposição acreditando que, por uma imposição cultural, que supõe o amor incondicional aos filhos, as mães tardias têm dificuldade em conciliar os aspectos da vida já bem estruturada com estas novas funções a serem exercidas.

Em uma perspectiva alinhada a essas considerações, apontando para as mudanças na posição subjetiva da mãe mulher nos primeiros tempos da maternidade, Stern (1997) acredita ser necessário um rearranjo dos seus investimentos emocionais e uma redistribuição de seu tempo e energia para

reconhecer-se também em seu papel de mãe. Esta nova organização terá um alto dispêndio emocional para que a mulher reestruture também, mesmo que temporariamente, seus interesses pessoais.

Conforme é possível identificar na vinheta, fica evidente a ambivalência vivenciada por Antônia. Aragão (2016) propõe que a forma como a mãe se faz ausente/presente para os filhos está interligada à dinâmica da ambivalência materna em relação à criança e que esta ambivalência seria herdeira das relações da mãe com os seus primeiros objetos, ou seja, com a sua própria mãe. Corroborando as proposições teóricas da autora, poderíamos compreender a ambivalência materna de Antônia em relação às suas experiências no início da vida com sua própria mãe, o que, de certa forma, estaria refletido na sua maneira de se fazer presente com o seu bebê.

Nessa perspectiva, o conflito de Antônia durante a gestação e nos primeiros tempos da maternidade pode estar relacionado a sua dificuldade em se diferenciar das figuras femininas tão familiares, mas tão distantes de sua realidade e encontrar sua própria identidade enquanto mãe. Antônia parece se distinguir radicalmente dessas figuras de referência. Desta forma, seu plano inicial de dedicar-se integralmente ao filho parece ser resquício de uma “herança” familiar, e não de uma elaboração singular.

Conforme apresentamos no primeiro capítulo, durante a gravidez, a mulher encontra-se em um momento de maior permeabilidade psíquica, definido por Bydlowski (2002) de “transparência psíquica”. Com isso, abre-se uma janela maior para o inconsciente e, conseqüentemente, os entraves na relação mãe-filha são desnudados. De certo modo, tornar-se mãe é reencontrar sua própria mãe, uma experiência de reencontro com os primórdios. Aragão (2007) pontua que, justamente em função do enfraquecimento do recalque, a gravidez reativa esta primeira relação mãe-filha sob a forma de uma identificação da gestante com a própria mãe. Junto a isso, antigos ferimentos narcísicos, traumatismos, lutos não elaborados, lançam à mulher a um lugar de fragilidade, devido a sua profunda identificação com o bebê, o que torna este momento ainda mais complexo e conflituoso para a mulher.

Por estas razões, Aragão (2016) sugere que a futura mãe fica confrontada a um duplo movimento identificatório: de um lado, a busca imaginária da criança que ela mesma foi; de outro lado, constituir uma identidade parental, que se

relaciona com a mãe que ela teve, ou que ela gostaria de ter tido. Essas identificações relançam sobre a cena psíquica os cenários de fusão, de separação e de diferenciação com a sua própria mãe, o que, de acordo com a autora, será fundamental “para que a mulher modifique sua posição subjetiva nessa passagem da posição filial para a posição materna” (p. 100).

Assim, podemos dizer que a maternidade convida a mulher a um movimento de (re)elaboração da vivência de separação em relação à sua mãe, em que ela começa a re-experienciar sua própria infância a partir da maternidade, repetindo o que era bom e tentando melhorar o que não era. A revivência dos primórdios de sua infância também ajudará a mulher a tornar-se mãe por meio de uma maior identificação com o bebê, o que conseqüentemente a capacita a uma maior sensibilidade para reconhecer e atender às suas necessidades.

Apesar de todo seu dilema em relação ao retorno ou não ao trabalho, Antônia sente-se satisfeita com sua escolha, por ter recuperado a sua vida anterior à maternidade e por voltar a se reconhecer, sendo produtiva. Embora relate momentos prazerosos com o bebê, reconhece que os primeiros meses de dedicação exclusiva foram muito difíceis, pois se viu em casa “só” em função do filho durante a licença maternidade, o que lhe causou grande estranhamento e momentos de muita angústia.

Nesse sentido, podemos retomar as contribuições de Green (2017), ao justificar a “loucura materna ordinária” a partir de uma completa remodelagem de sua vivência, de sua relação com o mundo, da organização de suas percepções, inteiramente direcionadas ao bebê. A nosso ver, este estranhamento pode estar ligado também ao momento em que Antônia reconheceu os limites de sua própria onipotência ao relatar que tinha muita dificuldade em decifrar o seu bebê. A presença do bebê convoca a mulher a responder de outro lugar, desconhecido para Antônia, que sempre buscou estar no controle em todos os seus projetos.

Retomando o momento em que retornou ao trabalho após a licença maternidade de seis meses, por trabalhar em uma empresa majoritariamente masculina, não pode usufruir de uma sala de amamentação. Porém, junto ao sindicato de classe, conseguiram que uma sala de reunião ficasse disponível às mulheres que amamentam. Mas, para isso, precisou passar por uma perícia para comprovar que realmente ainda estava produzindo leite. Fica claro, neste

exemplo, a falta de acolhimento, por parte do seu empregador, para que, enquanto mulher, ela conseguisse sustentar estas duas funções: ser mãe e profissional.

A necessidade de um ambiente adequado e favorável para o desenvolvimento das potencialidades do “vir a ser” do bebê é ressaltada na concepção winnicottiana. Retomando as suas contribuições, para Winnicott (1963/1983b), o ambiente facilitador por meio do qual o potencial à maturação pode se desenvolver é aquele capaz de prover, conter, sustentar, o que permitirá a constituição do mundo interno e do *self* do bebê que se encontra em um estado de dependência absoluta. Em contrapartida, a dependência de um bebê impõe uma responsabilidade absoluta por parte do cuidador, o que, para algumas mulheres, pode ser uma função muito angustiante e insustentável, conforme discutimos anteriormente.

Cada vez mais as mulheres assumem novas responsabilidades no mercado de trabalho. A Sociedade Brasileira de Pediatria (2017) vem estudando sobre a implementação de políticas pró-equidade de gênero nas empresas como: ampliar a licença paternidade, jornada de trabalho mais flexível, apoio pós-parto, sala de amamentação nas empresas e reformulação da avaliação de desempenho para as mulheres que estiveram ausentes devido à licença maternidade.

Se, hoje, a maternidade é uma das realizações femininas possíveis, para que as mulheres continuem exercendo suas múltiplas funções, faz-se necessário, por parte do empregador, que ele também exerça este papel de sustentação e apoio, atendo-se às suas necessidades iniciais após a licença maternidade. Com isso, acreditamos que, para essas mulheres mães consigam assumir suas múltiplas funções, torna-se fundamental um ambiente que as acolham em suas necessidades, tão vitais quanto as do seu bebê. Caso contrário, ser mãe e mulher sempre será uma tarefa muito árdua e difícil para conciliar.

Retomando os fragmentos da história de Antônia, com objetivo de estimular a sua produção de leite e evitar um desmame precoce e indesejado, seu intervalo de almoço de uma hora é destinado a extrair o leite, que é enviado via Uber para o filho. Com pesar, relata que é enlouquecedor ficar sozinha neste momento, em uma sala branca, vazia, extraindo o leite ao som do barulho da bombinha elétrica. Aqui, mais uma vez, conseguimos perceber um indício de sua ambivalência: ao mesmo tempo em que não se deixa mergulhar no desconhecido que é a “loucura materna”, sente muito pela falta do bebê e por um amamentar tão

mecânico, o que nos aponta para um trabalho psíquico e físico muito intenso para sustentar esta ambivalência.

Para que esta entrega aconteça e a mulher se lance nesta “loucura normal”, ela deve se permitir entrar nesse estado. Abrir-se a este encontro é lançar-se ao inesperado, o que se pode inferir que, para Antônia, foi fonte de muita angústia. Muitas mulheres temem que esta condição vá transformá-las em vegetais, e então se prendem aos vestígios de uma carreira como a um salva-vidas, e nunca se entregam por completo, nem mesmo temporariamente, a um envolvimento total (Winnicott, 1964/2020). Nestes casos, o autor supõe uma “fuga para a sanidade”.

Apesar de ser esperado que esse estado seja desenvolvido naturalmente em todas as mulheres psicologicamente saudáveis, Winnicott (1956/1982) defende que certamente existem algumas que não conseguem atingir esta loucura normal que as capacita a se adaptarem às demandas iniciais do recém-nascido. Ou, então, podem atingir com um filho e não com o outro. De acordo com o autor, essas mulheres não seriam capazes de se colocar em segundo plano em prol de uma maior sintonia e conexão com o bebê, de maneira esperada e temporária.

Ogden (2010) pode nos auxiliar a compreender este movimento paradoxal de Antônia. Ele é categórico ao dizer que, na “preocupação materna primária”, não existe algo como uma mãe, justificando que “isso deve ser assim porque a presença sentida da mãe-como-sujeito rasgaria o delicado tecido do continuar a ser do bebê” (p. 122) em um momento em que o bebê encontra-se em um estágio de indiferenciação do ambiente.

Ao se ocupar deste lugar, Ogden (1997) nos alerta sobre o risco da perda de uma sensação de ancoragem em si mesma como indivíduo separado. E, assim, lança luz ao alto custo emocional para a mulher mãe recém-nascida que assume esta posição, o que, para algumas, pode ser uma função insustentável – e é o que parece ter acontecido com Antônia. Sua constante tentativa por controlar e contornar todas as variáveis, para que nada saia do *script*, pode ser entendido como uma defesa frente ao medo de perder a própria identidade.

A vinheta acima apresentada parece-nos apontar para o que Winnicott (1964/2020) chamou de “fuga para a sanidade”, visando a defender-se do desamparo e proteger-se desse “estado sem sujeito” (Ogden, 2010) que nos parece ter sido muito angustiante nos primeiros tempos com o bebê. Muito identificada com o seu lado profissional, comenta que não conseguiria se imaginar não sendo

reconhecida pelo que produz e gerencia e, assim, nesta configuração, a experiência de tornar-se mãe apresentou-se como uma ameaça à perda de si, o que, para ela, pode ter vivido como algo da ordem da desintegração de si mesma.

Neste sentido, buscamos compreender sua ambivalência em função da profunda e intensa entrega psíquica que a preocupação materna primária exige da mulher, em contraste com o lugar que o trabalho ocupa em sua vida e em sua identidade. Toda mulher, para entregar-se à preocupação materna primária, precisa flertar com a loucura e, como se pode imaginar, esta não é uma posição fácil de ocupar. Como se precisasse defender-se frente ao desamparo em que a maternidade a lançou, protegendo-se desse “estado sem sujeito”, que foi vivenciado como uma ameaça à sua identidade, nos parece que Antônia não se deixou entregar à loucura que é ser mãe de um bebê, mantendo-se muito centrada em seu trabalho, ambiente em que se sente muito segura e em controle da situação.

Viver intensamente a relação com o filho representaria para Antônia, mesmo que temporariamente, colocar-se em segundo plano. Este movimento de descentramento de si em prol de uma maior identificação e conexão com o bebê, que foi comparado por Winnicott (1956/1982) a um estado retraído ou dissociado, parece não ter acontecido com esta dupla mãe-bebê.

Pela sua história, foi possível entender que a sustentação da sua posição profissional está diretamente ligada ao lugar que seu trabalho ocupa em sua maternidade. Manter-se na potência de sua produtividade, lugar que sempre lhe trouxe muita segurança e reconhecimento, talvez tenha sido uma forma encontrada de lidar com o desamparo inerente ao inesperado lugar que a maternidade convoca a mulher mãe.

Neste ponto, torna-se interessante destacar que, apesar de não estar muito presente quantitativamente, Antônia tem muito prazer em acompanhar as conquistas do seu filho, de uma maneira muito sensível, empática e cuidadosa, cercado-se de profissionais com quem compartilha estes cuidados. Acreditamos que, recorrendo a esse distanciamento, Antônia tenha encontrado um meio para lidar com o desconhecido, com o risco da perda de uma ancoragem em si mesma enquanto indivíduo separado, o que, para algumas mulheres, pode ser vivenciado como uma ameaça à sua integridade psíquica, ao sentirem que podem se perder no encontro com o bebê.

No contexto das nossas reflexões, ficamos com a sensação de que, apesar de seus momentos de retirada serem longos, Antônia consegue se manter viva e disponível, à sua maneira, para o seu bebê. Entretanto, nos questionamos até que ponto toda a estrutura que contratou para garantir os cuidados com o seu bebê em sua ausência não seria uma defesa contra a entrega que a mulher precisa fazer frente à maternidade.

4.2

A figura do especialista: intrusão ou matriz de apoio?

As pressões culturais e sociais às quais as mulheres estão expostas, associadas a uma visão romantizada do puerpério, parecem partir do pressuposto de que existe apenas uma maneira correta de maternar. De acordo com Iaconelli (2019), a mulher contemporânea precisa lidar simultaneamente com duas questões: corresponder às idealizações da maternidade ainda vigente, como há duzentos anos, que supõem certo saber natural, ao mesmo tempo em que assume novos papéis sociais antes inimagináveis e inconciliáveis às exigências anteriores.

Em uma era do imperativo da eficiência e da performance, em que a temporalidade é marcada pelo instantâneo, surgem novos conceitos e teorias diariamente, pois não é possível lidar com a imprevisibilidade e com a incerteza. É possível perceber, sem dificuldade, que a busca obsessiva por garantias é uma das grandes questões atuais, que encontra nos especialistas de hoje as pretensas respostas que foram imputadas aos mitos religiosos de outrora (Iaconelli, 2019).

Considerados por nós como porta-vozes do discurso social vigente sobre o que é ser uma “boa mãe” e o que é um bebê, os especialistas – no preparo físico da gestante, as doulas do parto humanizado, da alimentação materno-infantil, do aleitamento materno, da consultoria do sono, do desmame etc. – surgem para responder à incessante busca por garantias, visando a driblar as surpresas da vida com respostas e prevenções que são elementos centrais para pensarmos sobre as vicissitudes do tornar-se mãe nos dias atuais. Com isso, nos questionamos se seria ele um terceiro que vende, através de suas especialidades, uma ideia de que é possível “ser-ter” tudo? Ou seria ele uma *matriz de apoio* contemporânea para estas recém- mães?

Se, por um lado, o apelo a esta figura que previne e garante, abre novas possibilidades de escolhas e acolhimento às mães recém-chegadas, por outro, pode também colocar esta mulher em um lugar de ainda maior vulnerabilidade, lugar daquela que “nada sabe”. Os fragmentos da história de Helena nos ajudarão a refletir sobre esta questão.

Helena foi mãe do seu primeiro filho aos 33 anos. No momento em que optou por interromper o uso do anticoncepcional, com objetivo de melhorar seu desempenho no esporte, engravidou. Muito ativa em suas redes sociais, com a maternidade não foi diferente: compartilhou com seus seguidores toda a sua gestação e as dicas dos profissionais que escolheu para acompanhá-la durante este período.

Com o objetivo de se cuidar e se preparar para o nascimento do filho, Helena se consultou com diversos profissionais especialistas em gestantes e bebês e frequentou um espaço exclusivo para gestantes, onde assistiu algumas palestras e cursos temáticos.

A fim de garantir um parto normal humanizado, Helena fez um fortalecimento do músculo do períneo por meio de um equipamento chamado *epino*. Este a ajudaria na prevenção da episiotomia, por uma intervenção em que se coloca um balão no canal vaginal e, em seguida, ele é inflado para que a gestante treine a expulsão do bebê e aumente a abertura vaginal. O termo “epi-no” vem de um movimento nomeado “Episiotomia Não”, ou seja, uma forma de repúdio à incisão no períneo que, em alguns casos, é realizada na vagina para facilitar a passagem do bebê (FREBASGO, 2018).

Lamenta ao dizer que tentou de tudo, até expulsou um balão, mas que, infelizmente, os planos não saíram conforme o planejado/contratado, sendo necessária uma cesárea de emergência. Devido a uma centralização do fluxo sanguíneo fetal – caracterizada por uma redistribuição do fluxo sanguíneo em que alguns órgãos recebem mais sangue em detrimento de outros –, foi indicada uma cesárea. Acrescenta que sofreu muito por não ter conseguido realizar o parto que sempre sonhou.

Winnicott, em sua obra “Os bebês e suas mães” (1964/2020), já nos alertava sobre os riscos da idealização da maternidade e apontou para a diferença entre o saber e o aprender, reforçando justamente sobre o tratamento de desautorização da figura do especialista. Para o autor, a tarefa mais difícil, quando

se prepara uma série de palestras e livros sobre assistência aos bebês, é saber como evitar perturbar aquilo que se desenvolveu naturalmente nas mães, ao mesmo tempo em que se deve informar, com exatidão, sobre os conhecimentos úteis resultantes da pesquisa científica.

Com isso, o psiquiatra e psicanalista inglês defende que sua função seria de não interferir, desnecessariamente, e aprender com a própria mãe, ao invés de ensiná-la. “Ela sabe como fazê-lo, e para tanto não precisa de nenhuma forma de treinamento ou habilidade especial: sua sabedoria decorre do fato de ser a mãe natural” (Winnicott, 1964/2020, p. 14). Para o autor, a mãe não pode aprender a fazer as coisas que lhe competem a partir de livros, enfermeiras ou médicos.

Trata-se de um conhecimento mais profundo, de um saber intuitivo advindo de uma regressão, que será ancorado em recordações inconscientes das experiências infantis maternas, o que favorece sua identificação com o bebê. Este aprendizado estaria relacionado a diversos fatores: ao fato de já ter sido criança, a partir da observação de outros pais com seus filhos, ou ainda, quando muito novinha, brincava de papai e mamãe. Mais do que qualquer conhecimento científico, o autor acredita na sensibilidade da mulher que se torna mãe.

Nesse sentido, é importante esclarecer que, ao descrever “aquilo que se desenvolve naturalmente nas mães”, Winnicott não estaria se referindo a um instinto materno, e sim ao aprendizado a partir do encontro com o seu bebê, em um estado de sensibilidade aumentada. Conforme já apresentado anteriormente, Winnicott (1956/1982) formula sua tese acerca de uma condição psicológica temporária na mulher denominada de preocupação materna primária que, geralmente, se inicia no último mês de gravidez, preparando a gestante para a chegada do bebê. Para o autor, a entrada neste estado só seria possível a partir de uma entrega subjetiva da mulher, identificada à vulnerabilidade do bebê em um momento marcado pelo desamparo inerente à sua posição de identificação ao infantil.

Sabemos que a racionalização é um mecanismo de defesa importante quando nos sentimos desamparados. Apesar de Helena relatar uma boa experiência em todos os cursos e palestras que frequentou, nos questionamos até que ponto o excesso de informações não pode ter interferido na construção da sua maternidade.

Seria possível entrar em preocupação materna primária já estando imersa em e contaminada por tantos conhecimentos de outra ordem? Será que parte de suas frustrações não estariam relacionadas ao excesso de informações, que tanto informa e muito afasta e desconecta a mulher de suas próprias vivências? Imersa em tantos saberes, Helena teve a oportunidade de se ouvir e buscar em si mesma algumas respostas em um nível mais profundo, conforme descrito por Winnicott?

Nossa hipótese repousa sobre uma possível fantasia de Helena, por meio da qual ela poderia adquirir fora de si tudo o que precisava para desempenhar bem sua nova identidade como mãe, por meio das palestras e cursos que frequentou. Ao cercar-se desta rede profissional, acreditamos que essa seria também uma tentativa de manter o controle frente a um cenário que não é possível controlar. Não podemos esquecer que o parto é um ótimo exemplo de absoluto descontrole – por mais que se planeje, não há como prever.

Conforme apontamos anteriormente, pensar na dinâmica da maternidade implica pensar em um trabalho de luto frente às mudanças subjetivas desencadeadas a partir do nascimento de um bebê. Porém, para além do trabalho esperado de elaboração e apropriação subjetiva de sua nova identidade como mãe, nos parece que Helena precisou fazer um luto por um projeto contratado e muito idealizado que não pode ser concretizado.

Os manuais de “como ser”, “como fazer”, “como agir” chamam cada vez mais a atenção dos consumidores. Se os bebês e as mães não são uma novidade em nossa sociedade, por que será que esta figura está tão em alta nos dias atuais? Acreditamos que o especialista em gestação, parto e puerpério vem, de alguma forma, suprir aquilo que a cultura perdeu em termos de transmissão geracional. Estariam então esses profissionais ocupando um lugar que antes pertencia aos familiares e à comunidade?

Helena se diz muito magoada com seus familiares por não ter recebido o amparo que necessitava quando se sentiu muito sensível e vulnerável. Queixa-se da falta de um acolhimento familiar, não só na chegada do seu bebê, mas durante sua gestação e nos primeiros tempos da maternidade.

A condição de prematuridade em que o bebê humano nasce, não é diferente da prematuridade em que se encontra uma mãe neste momento. Da mesma maneira que Winnicott aponta que a mulher, em estado de preocupação materna primária, propicia um ambiente acolhedor, não interferindo, mas

favorecendo a continuidade do ser do bebê, esta mesma mulher também necessita do amparo ambiental para se constituir frente a tantas transformações. Para que haja um desenvolvimento favorável para ambos, espera-se um ambiente sensível, que reconheça e acolha as necessidades destes recém-chegados.

É emblemático pensar que, apesar do distanciamento que Helena se queixa da sua família, a mesma relata que sua mãe a “seguia” pelas redes sociais para acompanhar todas as novidades. Seria esta uma forma de presença? Encontramos diante de um fenômeno muito peculiar em nossa era, com o aumento de grupos virtuais de apoio a gestantes e mães no puerpério. Acreditamos que eles podem operar como um aparato social na busca por referências e como lugar de sustentação por parte das recém-mães. Abrem-se novas questões a partir deste ponto que nos fazem pensar sobre como a matriz de apoio opera na atualidade.

Fica evidente no caso de Helena que, em decorrência da precariedade ambiental no *holding* materno da mãe, ela precisou buscar este apoio em outras figuras femininas, por meio da contratação dos especialistas. Stern (1997) aponta como a matriz de apoio é fundamental e inevitável, dadas as imensas demandas que tanto o bebê quanto a sociedade fazem à mãe. Para isso, aposta na necessidade da mãe de criar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio para que, assim, possa manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico-afetivo.

Stern (1997) salienta que a função primordial da matriz de apoio é a de proteger a mãe fisicamente, afastando-as das exigências externas, para que ela possa se dedicar exclusivamente ao bebê. A segunda função está ligada ao fato de a mãe sentir-se cercada, protegida, valorizada, cuidada e ajudada. Sem este apoio, a sua função provavelmente ficaria comprometida. Tradicionalmente, a matriz de apoio estava ligada às figuras que desempenhavam um papel central, como por exemplo: deusas da fecundidade, do nascimento, da criança; as parteiras; enfermeiras; as doulas, tias e irmãs experientes e, de forma importante, a mãe da mãe. Tanto o nascimento quanto os cuidados iniciais com a criança, eram “assunto de mulher” (p. 166).

Segundo o autor, o relativo desaparecimento da família ampliada para ajudar a mulher mãe não foi substituído por nenhuma outra unidade social. Com isso, houve uma pressão maior, não só sobre os parceiros, mas sobre o casal em si,

para que assumam sozinhos a necessária matriz de apoio, o que, segundo o autor, é quase impossível.

Na família contemporânea, com a qual estamos trabalhando, a pequena família nuclear carrega a maior parte do peso, visto que os avós, em sua maioria, seguem com seus compromissos e carreira, não estando mais disponíveis a ocuparem este lugar de cuidado integral com os netos. Diferentemente de outrora, as mulheres transitam, tal como seus parceiros, nas esferas públicas, não se restringindo mais ao ambiente doméstico. Surge então uma nova dinâmica familiar em busca de uma maior igualdade nas distribuições das tarefas no âmbito privado e fluidez entre os papéis antes muito engessados e baseados no gênero.

Assim, é notória a tendência à divisão de tarefas para com os cuidados com o bebê; a participação dos homens tem sido muito requisitada pelas mulheres ao se tornarem mães. Apesar deste estudo não estar dedicado a discutir a função paterna, reconhecemos que o homem contemporâneo é convocado a suprir um vazio criado por todas as mudanças históricas e, com isso, assumir um papel que antes era compartilhado com as irmãs, tias, avós, sogras etc.

Após o nascimento do bebê, Stern (1997) pontua que o principal envolvimento psicológico ativo da mãe é, geralmente, com as figuras maternas da sua vida. Dessa maneira, também reconhece que o relacionamento da nova mãe com sua própria mãe sofre reativação e reorganização durante esta época. E, como consequência, embora o parceiro seja fundamental e parte da matriz de apoio, ele acredita em uma diminuição dos envoltimentos com as figuras masculinas. Em outras palavras, o pai é deixado em segundo plano.

Winnicott, embora também não tenha desconsiderado a importância do pai na função de promover um ambiente propício para que a mãe se entregue a esta “loucura normal”, deixa evidente em sua obra que a relação com o bebê era tida como exclusividade da mãe – resquícios, talvez, do discurso essencialista que conferia a maternidade a uma natureza feminina. Ao pai caberia, no máximo, uma ajuda à mulher (Santos, 2017).

Se, tanto para Winnicott (1956/1982), quanto para Stern (1997), os homens não seriam bem vindos pelas mulheres nos primeiros tempos da maternidade, pois poderiam atrapalhá-las em sua função recentemente adquirida, Santos (2017) aposta que, hoje, o quadro seria o oposto: dado o enorme

investimento a nível objetivo e subjetivo que geralmente reveste a criação de um filho – aquele que se decidiu ter – na atualidade:

A participação paterna integral e sensível, além de proporcionar à mãe uma interlocução que contribui para ela se sentir mais segura e apropriar-se da sua função, favorece o relacionamento pai-bebê e, por conseguinte, possibilita à mulher restaurar as próprias energias e voltar-se minimamente para si mesma ao poder contar com o comprometimento do marido nesta parceria (Santos, 2017, p. 111)

Vale ressaltar que não se trata de esperar que o pai exerça o papel da mãe, se identificando com o bebê da mesma forma e intensidade que a mãe, mas de lhe solicitar maior participação, abertura e disponibilidade ao relacionamento com o bebê. Com isso, Santos (2017) propõe o termo “preocupação materna primária inclusiva” para designar este movimento feminino atual de convocar o parceiro a mergulhar com ela nesta experiência para, juntos, se fortalecerem contra o desamparo vivenciado com o retorno do infantil.

Desta maneira, a autora acredita que a preocupação materna primária é hoje composta por novos matizes que não estavam em consideração quando, em 1956, Winnicott nos apresentou a este conceito. Na época em que tal formulação foi criada, os papéis sociais dos homens e das mulheres eram muito bem definidos, conforme apresentamos anteriormente.

Poderíamos, então, nos perguntar: será que, tanto a figura do especialista em perinatalidade, quanto as redes sociais, estariam operando como substitutas da matriz de apoio tradicionalmente assumida por uma mulher e por uma rede maternal? Em relação a tais proposições, é possível identificar no fragmento apresentado que, apesar de relatar um sofrimento por não ter conseguido realizar um parto performático que tanto estudou e se preparou, Helena parece ter encontrado nestes profissionais e em suas redes sociais um lugar de sustentação, o *holding* que lhe faltou em seu seio familiar.

Dessa maneira, acreditamos que Helena precisou se cercar de especialistas, não só pela falta de apoio por parte de sua família ampliada, mas também como se precisasse ter o controle sobre todo o seu processo gestacional e os primeiros tempos da maternidade. O cuidado com os mínimos detalhes, sem deixar nenhuma falha, poderia estar relacionado à forma como engravidou, sem controle. A maneira pela qual engravidou, em busca do desempenho, também nos faz pensar que esta busca a acompanhou durante toda a gravidez.

Concordamos que a falta de uma rede de apoio e de um manual da “boa mãe” pode ser fonte de muita angústia para algumas mulheres. Se, por um lado, a busca por esses profissionais seria uma forma de ter um lugar de sustentação, de apoio, o que pode ser muito positivo e estruturante para algumas; por outro, nos questionamos se o espaço para a reflexão e, conseqüentemente, para construir-se e reconhecer-se como mãe não poderia estar comprometido, quando esses profissionais não levam em conta a história, a vivência, a rotina de cada uma delas.

Abrem-se assim dois caminhos para pensarmos na função do especialista em perinatalidade no processo de construção da maternidade. Ao escolher e assumir outras posições, sejam pessoais ou sociais para além da maternidade, a mulher pode encontrar, nesses serviços, auxílio para que, então, consiga executar suas múltiplas funções. Em um período de maior vulnerabilidade que a identificação com o bebê convoca a mulher, sem uma rede de apoio familiar disponível e investida em cuidar dos recém-chegados, estes profissionais poderiam assumir uma função de sustentação, de uma matriz de apoio.

Em contrapartida, se a entrada do especialista se faz pela suposição de que as mulheres são incapazes e necessitam de consultorias para desempenharem melhor o seu papel de mãe, ele poderia também ter a função de endossar a fantasia onipotente de que será possível ser uma mulher completa, uma vez que a venda dos seus serviços está atrelada a um ideal de mãe.

Neste contexto, a figura do especialista, de alguma forma, poderia ter a função de apontar e corrigir as imperfeições desta nova mãe, interferindo não apenas na criação das crianças, mas também na concepção, na gestação, no parto, no aleitamento. O que nos aponta para o perigo do prevalectimento de um discurso totalizante e desubjetivante, no qual não há espaço para o que é possível para cada mulher (Iaconelli, 2015). Discursos estes que acabam por legitimar tantos outros discursos conservadores e excludentes em relação à história pessoal de cada uma.

Somado a isso, o imediatismo do mundo moderno exige resultados e produtos, de forma a desconsiderar o tempo dos processos psíquicos de cada sujeito. A ideia de completude onipotente, enraizada na cultura, passou a buscar soluções miraculosas, que certamente marcam o processo de construção da maternidade. É notória também a tendência à adesão a certos modos de ser mãe, de como parir, amamentar, estilo de introdução alimentar etc. Passa-se, assim, de

uma moda a outra, cegamente, em uma busca incessante por um lugar de sustentação ou de uma mínima referência, aparentemente pré-fabricada, sem que se empreenda um trabalho psíquico de reflexão e pensamento (Ferrari & Ribeiro, 2020).

Assim, Winnicott (1964/2020) propõe outra posição do especialista em relação à mãe, de maneira a autorizá-la e capacitá-la, oferecendo condições para que cada uma consiga encontrar o seu melhor modo de ser mãe. Dessa forma, destaca a importância de encorajar o saber materno e legitimar a vivência de sentimentos ambivalentes presentes nesta relação. Pensamos que, ao oferecer seu serviço especializado, ancorado em seus conhecimentos, e compartilhar suas experiências, este profissional deve também fortalecer a confiança da mãe em si mesma e em sua capacidade e sensibilidade de perceber o seu bebê no decorrer do seu desenvolvimento complexo, mas natural.

Uma vez que, considerando os múltiplos destinos femininos possíveis hoje, que não se restringem à maternidade, abre-se espaço para muitos modos de vir a ser mãe, que precisarão ser criados a cada experiência, dependendo muito mais da história singular de cada mulher e de seus processos de subjetivação, do que de uma “herança” de como ser e fazer. Talvez, por isso, os pais desta geração busquem tanto esse apoio através dessa rede e da figura do especialista (Ferrari & Ribeiro, 2020).

Na prática, independentemente de ter sido acolhida por um especialista ou por uma rede familiar, o ambiente favorável é aquele que respeita a história e as escolhas da recém-mãe, permitindo, assim, a descoberta, sempre singular e a cada gestação, de como construir e realizar a sua própria maternidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do contato com as teorias discutidas até então, identificamos que a experiência da maternidade se constitui como uma novidade sem precedentes na história pessoal da mulher, o que pode ser vivenciado por algumas como um momento permeado por muitos conflitos decorrentes de remanejamentos significativos no psiquismo materno. Nos dias atuais, na sociedade ocidental, a maternidade ainda pode ser atrelada a um momento sublime e idealizado, de amor incondicional e completude, resquícios de um mito do amor materno não ambivalente, inteiramente devotado ao objeto. Com isso, a idealização da experiência subjetiva da mulher em relação à maternidade encontra-se em constante duelo com as conquistas femininas das últimas décadas.

Pensar a maternidade hoje, a partir da psicanálise, significa considerar que, após tantas décadas de transformações históricas, sociais e culturais, surgem infinitos campos de trabalho e formas de realização para as mulheres. Trata-se, assim, de novos caminhos possíveis na subjetivação da mulher enquanto mãe, mulher, amante, profissional etc. Porém, em contrapartida, é notório que a valorização da mulher mãe vem acompanhada de exigências que elevam seu papel para a ordem do inalcançável.

Com base na autonomia, atitudes e comportamentos esperados da mulher, desde o momento em que se descobre grávida, tecemos uma articulação com a figura ferencziana do “bebê sábio”, que vem ilustrar a configuração psíquica de uma criança diante de um desamparo muito primitivo, que foi obrigada a amadurecer precocemente para dar conta do seu sofrimento psíquico na ausência do cuidado advindo de um adulto.

Com isso, nos questionamos se poderíamos então pensar em uma “maternidade sábia”? Diante de um desamparo muito primitivo e mediante as inúmeras exigências, sem muitas vezes contar com o apoio necessário neste momento, será que estas mulheres não estariam sendo forçadas a um saber

premature para o qual não estariam ainda bem equipadas? Estariam elas no lugar que “tudo sabem e nada sentem”, precisando padecer sempre no paraíso, sem dar lugar ou testemunho do seu sofrimento?

Abordar o processo de construção da maternidade a partir de uma leitura psicanalítica implica pensar no contexto em que os processos de subjetivação estão acontecendo. Dessa forma, iniciamos nossa argumentação através da investigação sobre a construção social do instinto materno e o lugar primordial da maternidade na constituição da identidade da mulher, uma vez que entendemos que o processo de tornar-se mãe se modifica a cada época, na medida em que a sociedade muda seu olhar sobre esta questão.

Assim sendo, quanto aos valores atribuídos à maternidade, não podemos falar de uma homogeneidade de atribuição de sentimentos e/ou comportamentos. Ainda que parta de um evento biológico previsível, ela é construída historicamente e vem sendo constantemente transformada em um processo sociocultural que desemboca, na atualidade, nos discursos médicos e sociais oferecidos à mulher e ao bebê.

Na teoria psicanalítica, encontramos fortes elementos teóricos que sustentam a relevância da qualidade das interações estabelecidas na primeira infância, indicando como a relação intersubjetiva tem papel fundamental na constituição do psiquismo do bebê. Dentro dessa perspectiva, sabemos não ser possível pensar na construção do aparelho psíquico e na emergência de um sujeito desejante sem uma alteridade constitutiva.

A condição de prematuridade em que o bebê humano nasce não é diferente da prematuridade em que se encontra uma mãe neste momento. Afinal, não se trata somente de um bebê recém-nascido, mas de uma mãe recém-nascida e de mudanças significativas na dinâmica familiar. Deste modo, tanto quanto o seu bebê, a mulher também precisa do tempo cronológico da gravidez para se constituir como mãe, uma vez que o nascimento de um bebê não transforma uma mulher em mãe, nem um bebê em sujeito. Tempo este que nem sempre irá coincidir com os nove meses de gestação, mas necessário para a construção de um espaço psíquico materno, para que o bebê possa e para que esta nova mãe se aproprie de sua nova identidade.

Em um primeiro momento, procuramos mostrar que a maternidade envolve um imprescindível e complexo trabalho de luto pela perda de uma condição anterior – luto por um bebê que antes era parte do corpo materno e agora é um objeto

externo a ele; luto pela perda de um bebê idealizado e pelo encontro com o bebê real; luto pela perda da posição que a mulher ocupava na própria cadeia geracional; luto pela perda do corpo gravídico etc. – e que, psiquicamente, isso não ocorre de forma imediata, sem elaboração.

Podemos olhar para o período pós-parto como um momento de muitas perdas, acrescido de uma sensibilidade exacerbada, que acarretará, para a mulher, remanejamentos subjetivos, principalmente no registro das identificações. Sendo assim necessário um tempo primordial de elaboração, para que ela assuma sua nova identidade como mãe e o novo papel que esta nova identidade representa frente ao nascimento de um filho.

Stern (1997) indicou que o nascimento de um filho desencadeia transformações irreversíveis no psiquismo parental, partindo do pressuposto da criação de uma neoformação psíquica a partir da inclusão do bebê em sua organização psíquica, especialmente após o nascimento do primeiro filho. As ideias trazidas por Bydlowski (2002) muito nos auxiliaram a pensar sobre este período em que o psiquismo materno apresenta grande plasticidade e uma intensificação das angústias, desencadeadas pelo afrouxamento das defesas psíquicas que caracterizam um funcionamento denominado por ela de “transparência psíquica”.

Nesta mesma direção, considerando-se a complexidade desse momento muito peculiar de regressão e remanejamentos significativos no psiquismo materno, e graças a este afrouxamento das defesas, Winnicott (1956/1982) foi enfático ao caracterizar na mulher uma “loucura normal” desde o final da gravidez até algumas semanas após o parto, um estado psiquicamente alterado denominado de “preocupação materna primária”. Ogden (1997) vai além e nos alerta sobre o risco da perda de uma sensação de ancoragem em si mesma como indivíduo separado e, com isso, afirma que a “preocupação materna primária” seria um “estado sem sujeito”.

Apesar desses autores apontarem para um estado de certa desordem, são unânimes em concluir que se trata de um estado saudável, temporário e necessário, tanto para a identificação da mãe com o seu bebê, quanto para a constituição psíquica do infante. Com isso, podemos pensar neste período de abalos no psiquismo materno por diversos ângulos: um estado de maior fluidez psíquica, um período em que se fará necessária a elaboração de alguns lutos, e de uma

identificação brutal com o bebê que lançaria a mulher em um estado de “loucura normal”.

Da mesma maneira que Winnicott (1956/1982) aponta que a mulher, em estado de “preocupação materna primária”, propicia um ambiente acolhedor, não interferindo, mas favorecendo a “continuidade a ser” do bebê, esta mesma mulher também necessita desse amparo ambiental para se constituir frente a tantas transformações. Para que haja um desenvolvimento favorável para ambos, espera-se um ambiente sensível, que reconheça e acolha as necessidades destes recém-chegados.

O discurso social idealizador, imperativo e redutor a respeito do ideal materno pode ser fonte de muita angústia e sensação de aprisionamento para muitas mulheres. Nele, não há espaço para os conflitos e nem para a ambivalência materna. A partir das formulações de alguns autores, buscamos investigar o conceito de ambivalência materna sobre diferentes perspectivas. Não há como negar que todas as relações humanas são atravessadas pela ambivalência, afinal não seria possível uma relação só de amor ou só de ódio. Porém, acreditamos que a nossa sociedade, hoje, não abre espaço para a reflexão sobre a ambivalência materna, que ainda fica em um registro da censura. Assim, procuramos assinalar que o amor não é unívoco e que existe, de fato, algo para além do amor materno, o ódio mesclado ao amor. Ele não estaria situado como um sentimento que anularia o amor, mas sim como um sentimento que o atravessaria, assim como em todas as outras relações.

Em busca de uma reflexão teórica acerca dessa experiência, buscamos explorar a dinâmica da ambivalência materna, com ênfase na singularidade dos processos experimentados pela mulher ao assumir sua nova identidade como mãe. Iniciamos a partir da ótica de Winnicott, que articula este sentimento às demandas intrusivas e esmagadoras do bebê. E, em seguida, com base na teorização de André Green, buscamos explorar o excesso pulsional presente neste período de “loucura materna ordinária”, o que nos ajudou a mergulhar mais a fundo na vivência da mulher ao assumir este lugar, convocada pelo bebê.

Ao distinguir a loucura da psicose, explicando que a primeira se refere a um certo estado de desordem, de um funcionamento fronteiro para além da neurose clássica, o autor acaba nos abrindo um horizonte para pensarmos sobre a “loucura privada”, ou seja, sobre as situações perturbadoras frente às quais o sujeito transitoriamente enlouquece.

A partir de uma série de rupturas e abalos em seu psiquismo, destacando a dimensão pulsional e passional presente na relação mãe-bebê, o autor indica um caráter necessariamente traumático para a mulher que se lança à experiência da maternidade. A partir da teoria de Green, Adesse (2019) se propôs a pensar sobre a “loucura materna ordinária”, relacionando-a justamente às noções das fronteiras entre a mãe e o bebê, entre o eu e o outro, entre o dentro e o fora. Diante dessa “mistura”, a autora pontuou a presença inescapável de uma dimensão traumática em toda experiência da maternidade.

Apesar da “loucura” estar presente na teorização de ambos os autores acima citados, eles são unânimes em pontuar que se trata de certa loucura saudável e necessária para a identificação da mãe com o seu bebê. Uma “loucura normal” que, ao mesmo tempo que é fundamental e constituinte para o bebê, é também traumática e constitutiva em seu processo de tornar-se mãe.

Por fim, buscamos compreender a ambivalência materna a partir da relação mãe e filha e dos percalços em torno da transmissão da maternidade de uma para outra. As contribuições de Aragão (2007) muito nos auxiliaram a pensar sobre a ambivalência materna como herdeira das relações da mãe com seus primeiros objetos, em especial herdeira da ambivalência em relação à sua própria mãe. Novas questões surgiram a partir deste ponto.

A aposta e a proposta de Aragão (2007) vão, portanto, na direção de que as relações inconscientes de uma filha com sua mãe são inevitavelmente reatualizadas a partir da realização da maternidade pela filha. E, assim, os laços ambivalentes de amor e de ódio, com seu rastro de sentimentos de culpabilidade, se farão presentes no trabalho de luto pela mulher dessas primeiras relações.

Dessa forma, a fim de conseguir modificar sua posição subjetiva na transição da posição filial para a posição materna, torna-se fundamental uma reaproximação com a mãe primordial e, com isso, o ressurgimento de conflitos em torno da mãe estarão mais explícitos. Buscamos, com isso, pontuar que a transmissão da maternidade, a passagem de filha para mãe, seria menos uma operação de reprodução de papéis e mais sobre a maneira pela qual cada mulher realizou sua travessia edípica.

Visando ao aprofundamento das nossas discussões, investigamos dois fragmentos clínicos, os quais nos auxiliaram a aprofundar algumas questões discutidas nesta dissertação, e que, a nosso ver, interferem, de uma forma ou de

outra, no processo de construção da maternidade. No primeiro fragmento, buscamos analisar a experiência da maternidade a partir da ambivalência materna e do custo psíquico para entregar-se ao estado de “preocupação materna primária”. Os fragmentos da história de Antônia nos auxiliaram a refletir sobre a ambivalência materna em função da profunda e intensa entrega psíquica que a “preocupação materna primária” exige da mulher em contraste com o lugar que o trabalho ocupa em sua vida e em sua identidade.

Sabemos que a maternidade convida a mulher a um movimento de (re)elaboração da vivência de separação em relação à sua mãe, em que ela começa a re-experienciar sua própria infância a partir da maternidade, repetindo o que era bom e tentando melhorar o que não era. A revivência dos primórdios de sua infância também ajudará a mulher a tornar-se mãe por meio de uma maior identificação com o bebê, o que, conseqüentemente, a capacita a uma maior sensibilidade para reconhecer e atender às suas necessidades.

Em um primeiro momento, localizamos o conflito de Antônia, durante a gestação e nos primeiros tempos da maternidade, em relação à sua dificuldade em se diferenciar de um modelo familiar em que não era possível ser mãe e profissional. Ou seja, tornar-se mãe, assim como sua mãe, mas ao mesmo tempo de uma forma diferente. Suas figuras femininas de referência, apesar de tão familiares, eram muito distantes de sua realidade. Com isso, relacionamos a ambivalência vivenciada por Antônia às suas experiências no início da vida, enquanto bebê com sua própria mãe, o que de certa forma refletiu na sua maneira de se fazer presente com o seu bebê.

A presença do bebê convoca a mulher a responder de outro lugar, desconhecido para Antônia, que sempre buscou estar no controle em todos os seus projetos. Como se precisasse defender-se frente ao desamparo que a maternidade a lançou e proteger-se desse estado sem sujeito, que foi vivenciado como uma ameaça à sua identidade, parece-nos que Antônia não se deixou entregar à loucura que é ser mãe de um bebê, mantendo-se muito centrada em seu trabalho, ambiente em que se sente muito segura e no controle da situação.

Diante do exposto, entendemos com estes fragmentos que a maternidade tem sido uma das múltiplas funções da mulher. De acordo com a teorização winnicottiana, não são todas as mulheres que entram em estado de “preocupação materna primária”. Muitas temem que esta condição vá transformá-las em vegetais,

e então se prendem aos vestígios de uma carreira. Nestes casos, o autor supõe uma “fuga para a sanidade”. Ogden (1997) nos alerta para o risco da perda de uma sensação de ancoragem em si mesma como indivíduo separado e, assim, para o alto custo emocional para a mulher mãe recém-nascida.

Para Antônia, foi libertador ter retomado as suas atividades profissionais. Manter-se na potência de sua produtividade, lugar que sempre lhe trouxe muita segurança, talvez tenha sido uma forma encontrada de lidar com o desamparo inerente ao inesperado lugar que a maternidade convoca a mulher mãe. Neste ponto, torna-se interessante destacar que, apesar de não estar muito presente quantitativamente, Antônia tem muito prazer em acompanhar as conquistas do seu filho, de uma maneira muito sensível, empática e cuidadosa, cercado-se de profissionais com quem compartilha estes cuidados.

Acreditamos que, recorrendo a esse distanciamento, Antônia tenha encontrado um meio para lidar com o desconhecido, com o risco da perda de si mesma enquanto indivíduo separado, o que, para algumas mulheres, pode ser vivenciado como uma ameaça à sua integridade psíquica, ao sentirem que podem se perder no encontro com o bebê.

Em nosso segundo fragmento clínico, buscamos, com o caso de Helena, uma compreensão acerca da figura do especialista na construção da maternidade atual. Em uma era do imperativo da eficiência e do desempenho, em que a temporalidade é marcada pelo instantâneo, surgem novos conceitos e teorias diárias, pois não é possível lidar com a imprevisibilidade e com a incerteza. Considerados por nós como porta-voz do discurso social vigente sobre o que é ser uma “boa mãe” e o que é um bebê, o especialista surge para responder à incessante busca por garantias, visando a driblar as surpresas da vida com respostas e prevenções que são elementos centrais para pensarmos sobre as vicissitudes do tornar-se mãe nos dias atuais.

Na contramão de todas as especialidades focadas neste ciclo gravídico-puerperal, a psicanálise aponta para o sujeito do inconsciente e para a sua singularidade. Por meio da escuta psicanalítica, acreditamos em uma possível saída para este universo normativo contemporâneo que busca garantias em algo que não é possível. É por este fio condutor que nos norteamos ao interrogar a função da figura do especialista nos dias de hoje. Há perguntas importantes a serem feitas, ainda que não possam ser respondidas. Estaria ele ocupando o lugar de uma matriz de apoio

contemporânea para estas recém-mães? Ou estaria o especialista ocupando uma posição de apontar e corrigir a mãe recém-chegada em seu papel idealizado sobre o ser mãe?

Winnicott (1964/2020) já nos alertava sobre os riscos da idealização da maternidade, apontando para a diferença entre o saber e o aprender e alertando para o tratamento de desautorização da figura do especialista. Com isso, a partir do fragmento do caso de Helena, nos questionamos se seria possível à recém-mãe entregar-se ao estado de “preocupação materna primária” já estando imersa em e contaminada por tantos conhecimentos de outra ordem, sem ter a oportunidade de se ouvir e buscar em si algumas respostas em um nível mais profundo, conforme descritos pelo autor.

Stern (1997) definiu que a função principal da “matriz de apoio” seria proteger a mãe fisicamente, prover suas necessidades vitais e, por algum tempo, afastá-la das exigências da realidade externa para que, assim, ela pudesse se dedicar ao bebê e reorganizar sua identidade, reconhecendo-se também em seu papel de mãe. Diante de um sentimento de desamparo por não ter se sentido acolhida pela família, quais seriam os pontos de ancoragem para este estado tão peculiar e sensível? Parece-nos que, neste caso, Helena tenha encontrado em todos os cursos, palestras e profissionais que contratou um amparo familiar que lhe faltou para a construção da sua maternidade.

Nossas reflexões ao longo dessa dissertação nos fazem considerar que o processo singular de cada mulher, que se inicia muito antes do nascimento do bebê, é atravessado por alterações na estruturação narcísica da mulher, assim como pelo entrecruzamento de sua história pessoal e do discurso social que em cada época define o que é um bebê e o que é uma mãe. É preciso contar uma nova história sobre a maternidade, uma história que leve em conta não só um momento sublime, mas também um período avassalador, marcado por grandes transformações para além das transformações corporais da gravidez. Afinal, não se trata somente de um bebê recém-nascido, mas de uma mãe recém-nascida e de mudanças significativas na dinâmica familiar.

Por meio da presente pesquisa foi possível constatar que a experiência de tornar-se mãe se constitui em meio a todos estes remanejamentos, abalos e rupturas arrebatadores no psiquismo materno, ao mesmo tempo em que nossa sociedade,

apesar de todos os avanços científicos, continua a idealizar este momento na vida da mulher.

Neste contexto, no qual se espera de uma mulher que ela desempenhe o papel de mãe “perfeita”, o amor materno repousa sobre o mito de um amor não ambivalente, puro, sublime e incondicional. À medida que a ambivalência, oriunda desta experiência, é silenciada e o ódio materno, velado, a nova mãe é confrontada com uma grande imposição ambiental, no sentido winnicottiano, para entregar-se nesta relação e desenvolver o estado de preocupação materna primária.

A sociedade não admite sinais de ambivalência em relação a um bebê. Com isso, de acordo com o que abordamos e discutimos nesta dissertação, nossa intenção foi demonstrar a importância e o reconhecimento da ambivalência materna presente não só na relação mãe-bebê, mas em todas as relações humanas.

A escuta clínica, por outro lado, se delineia como um contraponto possível, abrindo espaço para a expressão da ambivalência inevitável da mãe. A Psicanálise pode contribuir neste contexto, ao viabilizar uma articulação teórica e prática e sustentar com estas pacientes, todos os paradoxos presentes no processo de tornar-se mãe. Torna-se necessário viabilizar o encontro da mulher com a sua própria ambivalência, para que, assim, ela possa elaborar o encontro e os possíveis desencontros ao assumir esta nova posição.

Dado que a pluralidade de destinos femininos é infinita, apostamos em espaços que acolham as escolhas de cada mulher. Se, por um lado, o cenário do nascimento configura-se sempre como um momento marcado por todos os remanejamentos psíquicos que se fazem necessários, por outro, compreendemos que ele também pode ser entendido como um momento muito potente na vida desta nova mãe, uma oportunidade para recomeços e reedições de histórias passadas. O importante é que elas possam ser acolhidas em suas angústias, potencialidades e frustrações.

Acreditamos existir um campo vasto e potente para nos debruçarmos sobre os impasses e os desafios encontrados nesse momento da vida da mulher. Cada uma, com base em sua história pregressa, irá vivenciar de forma particular o lugar a que o bebê a convoca. Vimos, assim, a escuta psicanalítica como um meio pelo qual estas mulheres usufruíram, tanto para a compreensão desse momento tão delicado e complexo, quanto para o auxílio a possíveis desencontros que venham a surgir na relação mãe-bebê, afetando o desenvolvimento psíquico do recém-

nascido. É preciso que estejamos atentos aos impactos subjetivos desta vivência, particular a cada mulher, a cada gestação.

Nossas reflexões ao longo dessa dissertação nos fazem apostar em um trabalho em consonância com outras áreas do saber e do cuidado, a fim de contribuir para um melhor entendimento e acolhimento deste momento tão complexo, porém promissor, das condições pelas quais estas mulheres se constituem como mães.

6 REFERÊNCIAS

- Adesse, D. (2019). *Maternidade e trauma: da loucura materna ordinária à extraordinária*. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ.
- Associação Americana de Psiquiatria (APA). (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V)*. Virgínia, EUA: APA.
- Aragão, R. O. (2007). *A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê*. Dissertação (Mestrado), Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP.
- Aragão, R. O. (2016). *Presença/ausência materna e os processos de subjetivação*. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, RJ.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Badinter, E. (2011). *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record.
- Birman, J. (2007). Laços e desenlaces na contemporaneidade. *Jornal de Psicanálise*, 40, 47-62. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v40n72/v40n72a04.pdf>
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In L. Corrêa Filho, M. H. Corrêa Girade & P. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 205-213). Brasília: LGE.
- Emidio, T. S. & Hashimoto, F. (2008). Poder feminino e poder materno: reflexões sobre a construção da identidade feminina e da maternidade. *Colloquium Humanarum*, 5(2), 27-36. <https://doi.org/10.5747/ch.2008.v05.n2.h057>

- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FREBASGO). (2018, 10 dez.). Recomendações Febrasgo parte II – Episiotomia. *febrasgo.org.br*. Recuperado de <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>
- Ferenczi, S. (1992a). O sonho do bebê sábio. In S. Ferenczi, *Obras completas: Psicanálise III* (pp. 223-224). São Paulo: WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1923).
- Ferenczi, S. (1992b). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In S. Ferenczi, *Obras completas: Psicanálise III* (pp. 97-106). São Paulo: WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1933).
- Ferrari, R. S. & Ribeiro, M. F. R. (2020). Ser mãe, ser pai: desafios na contemporaneidade. *Cadernos de psicanálise*, 42(42), 225-242. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v42n42/v42n42a14.pdf>.
- Freud, S. (1996a). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 135-276). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1909).
- Freud, S. (1996b). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 75-113). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996c). Os instintos e suas vicissitudes. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 115-144). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996d). Luto e melancolia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 243-266). Rio de Janeiro: Imago. (Original escrito em 1915 e publicado em 1917).
- Freud, S. (1996e). Psicologia das massas e análise do eu. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 73-146). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1921).
- Freud, S. (1996f). A dissolução do complexo de Édipo. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 191-199). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1924).
- Freud, S. (1996g). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica dos sexos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 273-286). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1925).
- Freud, S. (1996h). Sexualidade feminina. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 233-251). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1931).

- Freud, S. (1996i). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise: conferência XXXIII – Feminilidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 113-134). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1933).
- Golse, B. (2003). *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Golse, B. & Bydlowski, M. (2002). Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma via de objetualização. In: Corrêa Filho, L., Corrêa Girade, M. H. & França, P. (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 215-219). Brasília: LGE.
- Green, A. (2017). *A loucura privada: psicanálise de casos-limite*. São Paulo: Escuta.
- Iaconelli, V. (2015). *Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna*. São Paulo: Annablume.
- Iaconelli, V. (2019). *Criar filhos no século XXI*. São Paulo: Contexto.
- Kehl, M. R. (2008). *Deslocamento do feminino*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kehl, M. R. (2020). Uma ética do bom senso – conselhos de Donald Winnicott a jovens mães. In D. Winnicott, *Bebês e suas mães*. São Paulo: UBU.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1983/2001). *Vocabulário da psicanálise* (4ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Leal, F. (2019). *A tristeza comum da mãe: reflexões sobre o estado psíquico do pós-parto*. Curitiba: CRV.
- Mello, R. M.; Carneiro, T. F. & Magalhães, A. S. (2019). Trauma, clivagem e progressão intelectual: um estudo sobre o bebê sábio ferencziano. *Psicologia em Estudo*, 24(e45390). <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.45390>
- Missonier, S. (2004). Le enfant du dedans et la relation d'objet virtuel. In S. Missonier, B. Golse & M. Soule (Orgs.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (pp. 1-34). Paris: PUF.
- Ogden, T. (1997). *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ogden, T. (2010). Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In T. Ogden, *Sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre: ArtMed.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1997). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª rev.* (CID-10). São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2011). *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Recuperado de https://www.who.int/portuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf
- Parker, R. (1997). *A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Roussillon, R. (2013). *A destrutividade e as formas complexas de sobrevivência do objeto*. Recuperado de <https://reneroussillon.com/en-espagnol-portugais-allemand/a-destrutividade-e-as-formas-complexas-da-sobrevivencia-do-objeto/>
- Santos, N. (2017). *Preocupação materna primária: condições de instauração e seus desafios na atualidade*. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, RJ.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2017). Equidade de gênero. In *Relatório técnico*, 3 Seminário Nacional Paternidades e Primeira Infância. Recuperado de <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2017/11/III-semin%C3%A1rio-paternidades-e-primeira-inf%C3%A2ncia.pdf>
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M. (2002). Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In L. Corrêa Filho, M. H. Corrêa Girade & P. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 188-204). Brasília: LGE.
- Travassos-Rodriguez, F. & Ferés-Carneiro, T. (2013). Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo psicanalítico*, 45(1), 111-121. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v45n1/v45n1a08.pdf>
- Winnicott, D. W. (1978). Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. W. Winnicott, *Textos escolhidos: da pediatria à psicanálise* (pp. 331-339). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1949).
- Winnicott, D. W. (1982). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (1983a). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (1983b). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de*

maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp. 163-174). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963).

Winnicott, D. W. (2000). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1947).

Winnicott, D. W. (2005). Sobre “O uso de um objeto”. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 170-177). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1968).

Winnicott, D. W. (2020). *Bebês e suas mães*. São Paulo: UBU. (Original publicado em 1964)

Zornig, S. M. A.-J. (2008). *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo: Escuta.

Zornig, S. M. A.-J. (2010a). Reflexões sobre uma ética de cuidado na primeira infância. *Primórdios*, 1(1), 15-26. Recuperado de http://cprj.com.br/primordios/15-26_reflexoes.pdf

Zornig, S. M. A.-J. (2010b). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo psicanalítico*, 42(2), 453-470. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v42n2/v42n2a10.pdf>