

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

LUANA XAVIER PIZARRO

QUAL A PERDA IMPLICADA EM UM FILHO QUE NÃO NASCEU?

Belo Horizonte

2022

LUANA XAVIER PIZARRO

QUAL A PERDA IMPLICADA EM UM FILHO QUE NÃO NASCEU?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos.

Linha de Pesquisa: Conceitos Fundamentais em Psicanálise e Investigação no Campo Clínico e Cultural.

Orientadora: Profa. Dra. Ângela Maria Resende Vorcaro.

Belo Horizonte

2022

150 Pizarro, Luana Xavier.
P695q Qual a perda implicada em um filho que não nasceu?
2022 [manuscrito] : qual a perda implicada em um filho que não
nasceu? / Luana Pizarro Xavier. - 2022.
94 f.
Orientadora: Ângela Maria Resende Vorcaro.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Psicanálise. 3. Luto - Teses.
4. Feminino - Teses. I. Vorcaro, Ângela M. R. (Ângela Maria Resende). II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE LUANA XAVIER PIZARRO

Realizou-se, no dia 03 de junho de 2022, às 09:30 horas, online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Qual a perda implicada em um filho que não nasceu*, apresentada por LUANA XAVIER PIZARRO, número de registro 2020654720, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Angela Maria Resende Vorcaro - Orientador (UFMG), Prof(a). Ariana Lucero (UFES), Prof(a). Cristina Abranches Mota Batista (Centro de Atendimento e Inclusão social).

A Comissão considerou a dissertação:

(x) Aprovada

() Reprovada

Finalizados os trabalhos, a presente ata, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 28 de janeiro de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Angela Maria Resende Vorcaro, Servidor(a)**, em 03/06/2022, às 17:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ariana Lucero, Usuária Externa**, em 03/06/2022, às 21:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristina Abranches Mota Batista, Usuário Externo**, em 08/06/2022, às 15:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1504789** e o código CRC **DC14D115**.

AGRADECIMENTOS

À profa. Ângela Vorcaro, por sua disponibilidade e generosidade em relação ao saber. Sua aposta e sua presença em minha formação representam o leme que me dirigiu até aqui. Obrigada por tanto.

À Daniela Couto, por seu apoio, disponibilidade e assertividade.

À Leila pela escuta e apoio de minha busca pela pesquisa em psicanálise.

Aos grupos de estudos orientados pela professora Ângela Vorcaro, espaço no qual pude ir aos poucos costurando minhas perguntas de pesquisa. Carinhosamente a Ângela, Daniela, Ana Carolina, Julianne, Ariadne, Ticiane, Vinícius, Carla e Danie.

Às professoras da banca de qualificação: Livia Moreto, Cristiane Grilo e Daniela Viola, que tanto contribuíram para que eu pudesse avançar em meu texto.

Carinhosamente aos professores que se dispuseram a contribuir na banca da dissertação. Obrigada, Ariana Lucero, Cristina Abranches e Márcia Fonseca.

Agradeço carinhosamente aos professores e aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG.

Aos colegas do mestrado, por todos os momentos de troca possíveis e imprescindíveis durante esse recorte particular de estudos em plena pandemia. Especialmente a Helô, ao Hernani, ao Israel e ao Vinícius.

Carinhosamente ao HU Betim Unimed-BH onde tive meu encontro com a assistência ao parto e o acesso às famílias e aos bebês internados em UTI Neonatal, foi essa experiência que motivou o trabalho desenvolvido nesta dissertação. Carinhosamente a Raquel, Jessica, Luciana, Jamile e Dra. Solange.

Carinhosamente às mães e às famílias que dividiram comigo suas dores e suas histórias durante um momento tão delicado que pode ser a perda de um bebê.

Aos amigos, por todo apoio durante este período. Carinhosamente a Ticiane, Silvia, Leandro, João Paulo, Rô, Zeca pelo ouvido, pela presença e pela aposta.

Aos meus pais e às minhas irmãs, por acreditarem e por darem o suporte necessário para tantas horas de estudo.

Às minhas tias e aos meus tios, que foram ouvidos e suporte nos momentos turbulentos.

Aos meus filhos, pela paciência nas muitas presenças ausentes que foram necessárias para me dedicar a esta pesquisa.

Novamente aos meus filhos, às minhas sobrinhas e priminhas que foram os primeiros bebês que me encantaram, e nossa interação me trouxe as primeiras interrogações sobre as relações com bebês.

Ao Adriano, meu marido. Obrigada por ser meu porto seguro, por acreditar e me incentivar a cada incerteza e principalmente por me apoiar incondicionalmente.

VERBO SER

*Que vai ser quando crescer?
Vivem perguntando em redor. Que é ser?
É ter um corpo, um jeito, um nome?
Tenho os três. E sou?
Tenho de mudar quando crescer? Usar outro nome, corpo e jeito?
Ou a gente só principia a ser quando cresce?
É terrível, ser? Dói? É bom? É triste?
Ser; pronunciado tão depressa, e cabe tantas coisas?
Repito: Ser, Ser, Ser. Er. R.
Que vou ser quando crescer?
Sou obrigado a? Posso escolher?
Não dá para entender. Não vou ser.
Vou crescer assim mesmo.
Sem ser. Esquecer.
Carlos Drummond de Andrade*

RESUMO

PIZARRO, L. X. (2022). Qual a perda implicada em um filho que não nasceu? (Dissertação de mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciência Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte.

Este trabalho explora o estudo freudiano que conduz o percurso desde o querer ser mãe até a falta de satisfação do bebê. Os textos sobre a organização libidinal da mulher permitiram partir da mãe e da mulher, passando pela adolescente, latente, menina e, por fim, pelo neonato, investigando o que, em cada uma dessas passagens, a mulher perde, bem como os modos pelos quais ela faz suplência, mesmo que parcialmente, a essas perdas. A escolha deste caminho reverso teve o ponto de partida na maternidade. Dessa forma, foi possível explorar o início da relação mãe e filho, ainda na gravidez, considerando a interação entre as manifestações fisiológicas do corpo da mulher e o imaginário da gestante, ou seja, o que antes do encontro de fato com seu filho já opera como conjunção a ele. A pesquisa buscou investigar, a partir do aporte teórico da psicanálise, sobretudo das obras de Freud, os possíveis impactos da perda do filho sobre os investimentos maternos da gestação e problematizar a construção e a elaboração do luto. A investigação se deteve, mais especificamente, na hipótese, muitas vezes aventada pela puérpera, de retorno ao estado gestacional. Supõe-se que esse retorno parece significar, para as mães que perdem seus bebês durante a gestação, uma possibilidade de suplantar imediatamente a dor da perda, como alternativa ao luto que esta mobiliza. Conclui-se que a perda de um filho que não nasceu pode responder pela perda do objeto de satisfação primária.

Palavras-chaves: Luto neonatal. Maternidade. Psicanálise. Objeto perdido.

ABSTRACT

Pizarro, L. X. (2022). *What Is the Loss Involved in an Unborn Baby?* (Master's dissertation). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte.

This paper explores the Freudian study that discusses the path women take from the moment they decide to be a mom to the baby's lack of satisfaction. The texts about the sexual organization of women have allowed the analyses to start from the mother and the woman, then the adolescent, the latent, the girl, and, finally, the newborn stage. Investigating what, in each of these passages, the woman loses as well as how she replaces, even partially, these losses. This reverse path starts with motherhood. In this way, it was possible to explore the beginning of the mother-child relationship, still during pregnancy, considering the interaction between the physiological manifestations of her body and her imaginary. That is, before the actual meeting with her child, what are her interactions with the baby and her expectations about the pregnancy. The research sought to investigate, from the theoretical contribution of psychoanalysis, especially Freud's works, the possible impacts of the loss of the baby on the maternal investments of this pregnancy and to problematize the construction and elaboration of mourning. The investigation focused, more specifically, on the hypothesis, often put forward by the puerperia, of a return to the gestational state. It supposes that this return seems to mean, for mothers who lose their babies during pregnancy, a possibility to immediately overcome the pain of the loss as an alternative to the mourning that it mobilizes. It concludes that the loss of an unborn child may account for the loss of the object of primary satisfaction.

Keywords: Perinatal loss. Motherhood. Psychoanalysis. Lost object.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO GERAL	14
2.1 Objetivos específicos	14
3 CIRCUNSCRIÇÃO TEMÁTICA	15
3.1 O lugar dos filhos nas famílias	15
3.2 Alguns elementos sobre as transformações da abordagem ao parto no discurso social: do higienismo à atualidade	23
3.3 O lugar da mãe do bebê natimorto no hospital-maternidade	31
3.4 Relato de situação cotidiana de perda perinatal no hospital-maternidade	35
4 REFERENCIAL TEÓRICO	45
4.1 Do método de abordagem teórica	45
4.2 A constituição do feminino e a maternidade	51
4.2.1 A escolha da mulher pela maternidade	52
4.2.2 <i>Puberdade e adolescência femininas</i>	63
4.2.3 <i>Latência</i>	66
4.2.4 <i>Organização sexual infantil</i>	67
4.2.5 <i>O desamparo e os primórdios da subjetivação</i>	74
5 PERDA NEONATAL E CONTEMPORANEIDADE: CONSIDERAÇÕES FINAIS .	83
REFERÊNCIAS	88

1 INTRODUÇÃO

A possibilidade biológica de gerar, parir e amamentar um novo membro da espécie, o qual será subjetivado, diferencia o corpo das mulheres, a despeito das implicações da maternidade ultrapassarem enormemente um enquadramento puramente biológico. Isto porque os elementos orgânicos e fisiológicos que sustentam a gravidez, o parto e a amamentação são parciais à função da maternidade que, por sua vez, intervém e ancora o percurso desde o desamparo absoluto do neonato até sua edificação subjetiva.

Constata-se a impossibilidade de mensurar ou de hierarquizar graus de relevância atribuíveis correlativamente aos fatores fisiológicos e às funções psíquicas implicadas na trajetória do gerar ao cuidar. Contudo, a articulação entre a fisiologia e o psiquismo maternos, parece-me, não pode ser desconsiderada.

A despeito de, no decorrer das épocas, a cultura sempre lhe ter conferido um lugar não negligenciável, a maternidade está sempre envolta numa significação irregulamentável, capaz de produzir os mais distintos destinos, sem, entretanto, chegar a ser discernida plenamente. Condições subjetivas também determinantes atravessam os empenhos biológicos específicos de um corpo apto a essa finalidade, em circunstâncias que produzem uma experiência dificilmente assimilável e simbolicamente transmissível. Não é à toa que orbitam, na cultura, tantos mitos e sacralidades em torno do amor às mães e do amor das mães (Badinter, 1985).

Como demonstram as especificidades adquiridas pelas configurações familiares apresentadas no último século, todos os empenhos na criação das crianças podem ser compartilhados entre os homens e as mulheres, porém, nem mesmo a coloração dada pela intervenção da ciência na procriação, por meio da fecundação laboratorial, das cesarianas e das barrigas de aluguel, deslocou suficientemente os elementos implicados na trama do sujeito quando, com seu corpo, gesta, pare e amamenta outro ser humano.

Cada gestação, parto e amamentação de um bebê é uma construção singular na vida de uma mulher, que inventa uma relação mãe e filho, mesmo no caso de uma mesma mulher na relação com outros filhos. Obviamente, a construção do laço que enreda o neonato na rede simbólica familiar e social não é necessariamente determinada por aquela que o gerou, pariu ou amamentou, como apontam todas as formas possíveis

de adoção vigentes, desde sempre, que demonstram a construção de um laço apoiado nos cuidados sistemáticos dirigidos ao neonato, independentemente de quem os assuma. Dessa perspectiva, assegura-se, com Iaconelli (2015), que nada pode prevenir incidências desastrosas ou adequadas de uma mãe sobre seu filho, pois ter gerado um bebê por vários meses no próprio útero pode produzir, em graus distintos, desde uma ligação identificatória instantânea até o estranhamento entre a mãe e o bebê, tão comum no pós-parto.

Entretanto, a experiência de acolhimento a urgências clínicas em hospitais-maternidade me conduziu a algumas interrogações sobre os desdobramentos da passagem da posição de mulher à condição de mãe, especialmente no momento do parto, pois este especifica materialmente, no lugar do corpo feminino, o deslocamento subjetivo implicado na transposição do filho imaginado ao bebê concreto a que se deu à luz. Interessa salientar que, exatamente nesse tempo, compreendido entre o pré e o pós-parto, a equipe de profissionais do hospital-maternidade está, por dever de ofício, totalmente voltada à operacionalização dos protocolos técnicos reconhecidos, visando preferencialmente a saúde biológica da mulher e de seu bebê. Foge, portanto, ao exercício dessas práticas, nesse momento, uma detenção específica quanto ao que possa capturar o que comparece de singular para cada parturiente.

Contudo, depois de escutar algumas mães que se remetiam ao parto como uma significação lacunar que elas prefeririam esquecer, e relacionava-o seja ao abandono, à devastação ou ao desamparo, a despeito do aparato articulado de pessoas que se estabelecia em torno delas, passei a supor a necessidade de que elas apreendessem algo da própria singularidade, que, por vezes, vinha à tona no momento anterior ao parto, no próprio parto e nas relações estabelecidas no pós-parto. Minha hipótese é a de que esse acontecimento tão particular para cada parturiente exigia um trabalho psíquico que poderia fazer diferença qualitativa para a reconfiguração da condição de mulher, pois a esta se acrescenta, doravante, a condição de mãe desse filho. Esse trabalho psíquico materno poderia, talvez, além de lhe oportunizar mais estabilidade nesse deslocamento de posição, trazer repercussões sobre o filho. Mesmo sabendo-os incalculáveis, os efeitos de elaboração eram supostos em sua potencial positividade.

Foi a partir desse contexto, em que orientava minha atuação pela preservação das condições psíquicas maternas no hospital-maternidade, que ressaltou, em minha

prática, o que tornei objeto de pesquisa desta dissertação, ou seja, o impacto subjetivo da experiência do parto do bebê natimorto na vida da mãe, bem como suas possibilidades de atravessamento.

De chofre, é necessário circunscrever a modalidade de perda a ser, aqui, abordada. O Manual da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal (Brasil, 2009), determina o período perinatal começando em 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação e terminando aos sete dias completos após o nascimento. Ainda, tendo como referência o mesmo manual, considera-se natimorto ou óbito fetal a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. O óbito indica o fato de, depois da separação de corpos, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

A experiência com os atendimentos a mulheres que passaram por essa vivência de óbito, de um filho ainda no ventre, demarca a peculiaridade psíquica da perda suscitada na reflexão posta em jogo nesta dissertação. Em acolhimentos a parturientes de bebês natimortos, diante da possibilidade de serem ouvidas a respeito de si no momento da perda, muitas vezes, logo após a notícia da morte do bebê, essas mulheres se calam a respeito da dor da perda atual, dedicando-se imediatamente ao planejamento de uma próxima gestação. Em algumas situações, essas mulheres são apoiadas pelas famílias nesse projeto e, em outras, escolhem-no mesmo estando sozinhas, durante a espera pela operação do parto ou enquanto aguardam a recuperação para a alta hospitalar. Nesse contexto, penso que cabe interrogar o aporte teórico da psicanálise sobre a obstinada manifestação materna de retorno ao estado gestacional logo após a perda de seu bebê. Este seria um modo de tratar o luto ou de anulá-lo?

O que chamou minha atenção foi a constância em que a constatação do filho natimorto era contraposta pela fala que restabelecia imediatamente a presença desse filho morto por meio da substituição de sua perda por um filho futuro que poderia até preservar seu nome. Esse traço parecia ressaltar que o processo da perda não implicava a mediação do trabalho psíquico do luto, suprimindo o tempo a ele necessário, o que talvez determinasse não só seu adiamento, mas também a impossibilidade de construção de um lugar simbólico diferenciado para um outro filho.

Apoiada na premissa lacaniana de que a linguagem humana ultrapassa as falas e produz discursos estabelecidos socialmente, por serem estruturas em que subsistem relações estáveis fundamentais nas quais as condutas dos sujeitos se inscrevem (Lacan, 1969-1970/1992), espero, nesta dissertação, cernir minha interrogação sobre o que motivaria a lógica do modo de tratar o luto pelo filho que não nasceu. Por isso, meu ponto de partida é o *locus* dessa vivência: o contexto hospitalar em que a mulher constata e onde são tratados, pelos dispositivos regulamentados, os desdobramentos implicados nessa perda, tanto no que se refere aos cuidados médicos (curetagem ou parto induzido) quanto ao acolhimento psicológico aí inserido. Espero destacar alguns elementos prevalentes no modo de tratar a perda gestacional que talvez reverberem no próprio funcionamento psíquico das mulheres.

Nesse ponto, a questão da supressão do luto será interrogada. Pretendo, portanto, trilhar o caminho pelas elaborações freudianas em torno da perda primordial do objeto de satisfação como condição da constituição subjetiva, bem como das modalidades pelas quais o sujeito tenta resgatá-lo nos acontecimentos estruturantes que atualizam a busca de suplência nas perdas subsequentes por meio da repetição. Limitando o alcance deste trabalho especialmente às elaborações freudianas, farei o percurso de retorno da mulher à adolescente, à menina até o neonato que nasce fêmea, tentando discernir como cada um desses tempos elabora perdas anteriores. Com base nos apontamentos freudianos, busco distinguir a especificidade psíquica da mulher e, nesta, a função da maternidade, para chegar a hipotetizar, para a mulher em vias de tornar-se mãe, na contingência de um filho natimorto, o que desdobrará o estudo a que me proponho: o que perde a mulher quando seu filho não viveu? O que se coloca no cerne do que nessa perda ela revisitaria?

Assim, a partir das referências consultadas, que compuseram a bibliografia necessária para esclarecer o tema desta pesquisa, buscarei me debruçar no atravessamento da mulher que pare um bebê natimorto e nas possíveis dificuldades na elaboração desse luto para o qual usarei a nomenclatura de “luto perinatal”.

Em uma gestação, geralmente a mulher antecipa seu futuro filho como um bebê imaginário, com o qual estabelece uma trama simbólica que o situa numa ordem genealógica e mítica, que culmina no parto de um bebê. No parto, dá-se o encontro da mulher/mãe com seu bebê objetivado concretamente, ou seja, essa materialidade

orgânica que se faz presente pelo modo como se apresenta na sua imagem e nas manifestações próprias. A partir do encontro da mulher com seu bebê, após o nascimento, essa mãe aos poucos se desvincula do bebê ideal, aquele bebê imaginado pela gestante antes do nascimento, à medida que vai estabelecendo um laço com o bebê que nasceu e com o qual continuará a se relacionar, agora concretamente. No caso de bebês que morrem antes do parto, essa transformação do bebê imaginário em bebê de fato é absorvida pela condição de morte e de perda. Retomo, então, o problema central deste trabalho: o que pode representar, para a mulher, a contingência de que, materialmente, seu bebê seja morte? A investigação será feita no sentido de aproximar do que a mulher perde, além de seu bebê que não viveu, mas que parece estar aderido a ele.

Aguiar e Zornig (2016) advertem que “nos casos de óbito fetal, o contato com o bebê real só pode ser vislumbrado nas ultrassonografias, não tendo ocorrido efetivamente um contato com o bebê real — o que aumenta a dificuldade da elaboração do luto do filho imaginário” (p. 271). Para as autoras, o óbito fetal ocorre justamente no momento em que estão sendo traçadas as primeiras formas de relacionamento entre a mãe e o bebê, por isso é possível que o óbito, nesse período, seja potencialmente problemático e tenda a ser vivido como traumático, uma vez que o objeto de amor perdido não está firmemente reconhecido enquanto um objeto real¹. Este interessante apontamento franqueia a validade de minhas interrogações e fortalecem meu empreendimento nesta dissertação. Afinal, se a perda de um filho que não viveu pode ser considerada como potencialmente mais traumática pelo fato de o objeto perdido ser imaginário, que valor psíquico estaria aderido a ele?

Entendo a relevância desta pesquisa questionando o impacto que o bebê idealizado, perdido, pode ter na elaboração do luto para a mulher que o perdeu e também na relação dessa mulher/mãe com o restante de sua prole. Um bebê perdido estará sempre presente nos laços familiares, mas a elaboração de um luto perinatal pode representar a possibilidade de uma nomeação e um espaço singular para esse membro,

¹ Nota-se que as autoras adotam o termo “real” para se referirem à realidade material do bebê depois de nascido. Observando o escopo desta dissertação, tal nomenclatura não será usada, de modo a não ser confundida com a referência à dimensão real abordada por Lacan (1969-1970/1992, p. 154): “é no plano do impossível que defino, como sabem, o que é real”, ou seja, o que implica o impossível de ser formalizado, simbolizado. Para tratar do corpo ao natural do neonato, utilizo, então, os termos: bebê concreto, materialmente visível, uma unidade orgânica objetivamente presente no mundo, exterior ao corpo da mãe.

materialmente ausente, mas presente na história familiar. Nessa perspectiva, concordo com Iaconelli (2007) sobre a importância de que as mulheres nessa condição encontrem um lugar de fala para iniciar um trabalho de significação de sua perda: “uma escuta sensível que vem ajudar os pais a nomearem sua dor, evitando maior sofrimento para si mesmos e para gerações posteriores” (p. 621).

Para dimensionar o valor atribuído a um filho e até mesmo à representação de sua perda, farei uma breve contextualização do lugar do filho nas famílias e o desenho do investimento materno nos séculos XVII, XVIII e XIX.

Para aprofundar na experiência materna do parto do bebê natimorto, é preciso contextualizar o modo de tratamento conferido ao parto no Brasil. Nesta investigação, o percurso trilhado inicia-se na época em que havia o predomínio de partos realizados por parteiras no âmbito domiciliar e vai até a introdução da obstetrícia e dos partos hospitalares. Distinguem-se, nesses cenários, certos elementos que tendem a enquadrar o parto como procedimento alheio às próprias parturientes, o que talvez incida sobre o modo como elas se autorizam a sofrer as perdas gestacionais.

Adiante, irei circunscrever qual recorte de parto me proponho a trabalhar nesta dissertação e como a mulher que perde um filho, antes mesmo de este nascer, normalmente é acolhida nos âmbitos social e institucional. O contexto de acolhimento a essas mulheres/mães reverberará nas possibilidades de elaboração de luto delas.

Descreverei, portanto, a partir de um relato de atendimento pontual, algo que me fez interrogar e foi capaz de me fazer formular a questão do presente trabalho: a necessidade apresentada por parte das mulheres que perdem seus bebês, ainda em seu ventre, de retorno ao estado gestacional, trazendo, portanto, um ponto de repetição.

Após situar o leitor sobre as metodologias que orientaram esta pesquisa, trarei um estudo sistemático dos textos freudianos que abordam o desenvolvimento libidinal feminino. Dessa forma, partirei da mulher, a contar de sua perda (no caso gestacional), passando pela adolescência, pela puberdade, pela latência, até o desenvolvimento libidinal infantil, caminhando até o neonato do sexo feminino. Esse percurso pelos textos freudianos tem o intuito de situar as perdas sofridas pelas mulheres em cada etapa de seu desenvolvimento e suas possíveis substituições. Dessa forma, busco respostas à minha questão principal: qual a perda implicada em um filho que não nasceu?

2 OBJETIVO GERAL

Investigar, em textos da obra de Freud, o percurso do desenvolvimento sexual feminino, interrogando e circunscrevendo os efeitos subjetivos da perda de um filho que não nasceu.

2.1 Objetivos específicos

- a) Questionar, por meio do texto freudiano, se a perda atual de um filho natimorto é potencialmente uma repetição que, na mulher, retorna e a intima a revisitar perdas de outrora;
- b) Investigar, na abordagem de Freud, considerações sobre as modalidades pelas quais a cultura transmite às mulheres as funções de maternagem, bem como o relevo atribuído às funções fisiológicas de seu corpo;
- c) Interrogar os elementos teóricos freudianos que apontem possíveis efeitos da perda de um filho ainda nas entranhas do corpo.

3 CIRCUNSCRIÇÃO TEMÁTICA

Divido a circunscrição temática em quatro seções. Na primeira, busco investigar o lugar dos filhos na família, fazendo um recorte social abrangendo os séculos XVII, XVIII, XIX. Na segunda, apresento algumas transformações ocorridas no modo de tratar o parto, principalmente como essas mudanças aparecem no discurso social, desde o movimento higienista até a atualidade. Na terceira, intento localizar qual é o lugar da mãe do bebê natimorto no hospital-maternidade e, por fim, na última seção, apresento um relato de uma situação cotidiana de perda perinatal.

3.1 O lugar dos filhos nas famílias

Referidas pelos discursos socialmente predominantes ao longo dos tempos, as crianças encarnaram valores distintos e, conseqüentemente, ocuparam diferentes posições nas famílias. Contudo, entendo como um ponto importante na busca de equacionar a pergunta principal desta pesquisa, relativa à perda implicada em um filho que não nasceu, investigar uma das posições prevalentes dos filhos nas famílias, ao longo do desenvolvimento da civilização ocidental, que fundou, em grande medida, a ideologia brasileira.

Na Europa, a partir do século XVII, tão logo paridos, os bebês eram levados para serem amamentados e cuidados por amas mercenárias². Dessa forma, as crianças passavam seus primeiros anos de vida longe de suas famílias e só depois retornavam, quando e se vingassem (não era incomum que os bebês enviados às amas não retornassem às famílias de origem por não sobreviverem a esses cuidados). Iniciada na classe aristocrata, essa prática passou, depois, a integrar os costumes da burguesia, chegando à generalização em todas as classes sociais no século XVIII.

Localizando o lugar das mães ao longo da história das famílias, Badinter (1985) aponta o discurso cristão como um dos principais responsáveis pela evolução do papel da mulher nas famílias (antes ocupando, assim como os filhos, um lugar de posse tanto para o pai quanto para o marido), pelo conteúdo que pregava: a mulher deveria deixar de servir ao marido para ter um lugar de companheira no lar, a seu lado. Para a filósofa,

² Amas de leite eram mulheres contratadas para nutrir e cuidar das crianças em seus primeiros anos de vida.

essa mudança de posição teve efeito no início do movimento (ainda atual) de transformação das funções da mulher na família e de seu papel na maternidade.

A palavra de Cristo modificou, em boa parte, a condição da mulher. Na França, até o fim do século XVIII, a igualdade proclamada pela Igreja traduziu-se num certo número de direitos concedidos às mulheres. Pelo menos, às de classes superiores. (Badinter, 1985, p. 30)

As passagens bíblicas que versam sobre a criação da humanidade e a interpretação delas feita pela Igreja foram a base para a construção do lugar da mulher e do feminino ao longo dos tempos. No contexto social entre os séculos XVII e XVIII, as mulheres eram secundárias aos homens, e seu único mérito era ter um bom ventre, portanto, eram tidas pelo marido como um bem, entre outros que ele possuía (Badinter, 1985).

Apesar desse início de transformação cultural, ainda era prevalente a soberania do pai, subsidiada pela Igreja, como líder da família, e a relação da mãe com seus filhos era orientada. Mãe e filhos estavam todos sob a tutela e o poder do pai. No decorrer do século XIX, já foi possível testemunhar mães que se colocavam ao lado dos filhos contra as decisões ou as punições paternas (Badinter, 1985). Essa mudança de posicionamento materno me interessa na medida em que abre caminho para outras construções do lugar da maternidade e do feminino na família.

A Igreja, mantendo-se como reguladora das condutas sociais pelo poder que lhe era conferido, a partir dos séculos XII e XIII, passa a condenar o infanticídio e o abandono dos filhos. Com a justificativa de que não era possível rejeitar ou negar um presente dado por Deus, mulheres que ocultavam a gravidez eram, inclusive, condenadas à pena de morte. Entretanto, como salienta Badinter (1985), a tentativa do Estado de reduzir o infanticídio, no século XVII, criou as primeiras casas de acolhimento a crianças abandonadas.

Para a autora, a escassez de amor nos séculos XVII e XVIII (que acabava impulsionando o abandono de crianças) era motivada pela forma com a qual as famílias eram formadas nesses tempos. Os casamentos não eram realizados por amor ou escolha, mas por arranjos feitos pelas famílias e motivados pelas posses. “Não se trata, porém, de negar a existência do amor em determinada época, o que seria absurdo. Mas é preciso

admitir que esse sentimento não tinha a posição nem a importância que hoje lhe são conferidas” (Badinter, 1985, p. 50).

Por volta dos anos de 1760 a 1770, o lugar da criança na família começou a ter destaque, a partir de obras que incitavam o amor materno como a base das famílias, dando início a era da família moderna, como salienta a filósofa. Nesse mesmo contexto social, a ternura materna era, para a igreja, como uma satisfação materna que prejudicava o desenvolvimento dos filhos. “É mais esse estado de espírito leviano e preguiçoso do que o excesso de amor e de cuidado dos pais pelos filhos que a teologia do século XVII combate” (p. 60).

O novo modelo político de governo do Estado conferiu reconhecimento à infância, o que implicou no estabelecimento de leis que a protegiam, bem como em uma redistribuição dos responsáveis sociais (numa disputa de poderes entre justiça, filantropia e medicina) por sua garantia (Donzelot, 1984). Essa mudança convoca a medicina a diferenciar-se em especialidades médicas e, no século XVIII, surge a pediatria como especificidade médica, pois, até então, a medicina não se dispunha a tratar das crianças doentes. Os cuidados das crianças que adoeciam estavam, até então, sob a responsabilidade materna, sendo uma função exclusiva da mãe. Para os médicos da época, as doenças infantis eram mais difíceis de serem tratadas que as dos adultos, pois crianças pequenas não falam.

Badinter (1985) justifica, em parte, a indiferença materna considerando a alta taxa de mortalidade infantil da época. Essa seria uma forma de defesa, pois como se apegar tanto a um ser que tem tantas chances de morrer antes de completar o primeiro ano de vida? Uma das possibilidades de a mortalidade infantil ser tão alta era justamente o envio das crianças aos cuidados das amas que viviam e cuidavam dos bebês em situações precárias. Levando em conta as possibilidades de cada família se dedicar aos cuidados de seus filhos, cabe a pergunta: por que as mães pertencentes às mais altas classes e que não precisavam trabalhar preferiam entregar seus bebês aos cuidados de terceiras?

Alguns dirão que as fontes escritas de que dispomos só dizem respeito, em geral, às classes abastadas, para as quais se escreve e a propósito das quais se escreve e que uma classe perversa não condena a totalidade das mães. Podemos também lembrar a atitude das camponesas de Montailou que, na aurora do século XIV, embalam, acariciam e choram os filhos mortos. Esse testemunho mostra

simplesmente que, em todos os tempos, houve mães amantes e que o amor materno não é criação do século XVIII ou do século XIX. Isso, porém, não prova de modo algum que tenha sido uma atitude universal. (Badinter, 1985, p. 86)

A autora, a partir de registros familiares dos séculos passados, pôde notar que os pais pouco sentiam a morte de seus filhos pequenos e que não era incomum que eles não estivessem presentes no velório deles, isso quando havia a possibilidade de saber da morte a tempo do velório, pois muitos só ficavam sabendo muito tempo após o ocorrido, devido ao fato de essas crianças estarem sob os cuidados de amas. Os registros também indicavam que os pais pouco procuravam saber os motivos que causaram a morte.

Vale ressaltar outro relato da filósofa (1985) que nos chama atenção: eram vistos como curiosos os casos nos quais os pais sofriam pela morte de seus filhos pequenos. Estes se apressavam em tentar explicar o motivo do sofrimento por um filho ainda criança explicitando, talvez, uma defasagem já presente entre a ideologia proclamada e os afetos parentais. Esse relato da autora me remeteu ao que ocorre nos dias de hoje com as gestantes que perdem seu bebê antes do nascimento. Por não ser reconhecida no contexto social, essa perda implica o estabelecimento de uma justificativa das mães ou mesmo a ocultação de seu sofrimento.

Outro costume comum até o século XIX era a mãe amar mais um filho pelo seu sexo ou posição de nascimento. “Como o amor, se era natural e portanto espontâneo, poderia voltar-se mais para um filho do que para outro?” (Badinter, 1985, p. 91). Seria possível selecionar o amor pelo menino em detrimento do amor pela menina, ou ainda o filho mais velho pelo mais novo? “Não será isso uma confissão de que amamos a criança em primeiro lugar pelo que nos proporciona socialmente e porque ela lisonjeia nosso narcisismo?” (p. 91).

Amamentar seu bebê não era uma prática comum durante os séculos XVII e XVIII, não sendo sequer recomendada pelos médicos da época, com a consideração de que distanciava o marido da mulher, já afastados devido à orientação de não ser aconselhado manter relações sexuais durante a gestação ou mesmo durante a amamentação. A autora aponta outro inconveniente que justificava, para as famílias, a prática do envio de seus bebês às amas de leite: o impacto que o ato de cuidar de um bebê provocaria na vida social das mulheres. “Ela é um empecilho para a mãe não

apenas na vida conjugal, mas também nos prazeres e na vida mundana. Ocupar-se de uma criança não é nem divertido, nem elegante” (p. 98). Durante esse período da história, a criança não tinha o lugar na família que conhecemos hoje. Para as mulheres da época, bastava ser mulher, e, para tanto, ela poderia esquecer as duas funções que, até então, definiam-na: a de esposa e a de mãe, tarefas estas que só definiam a mulher em relação ao outro.

Para compreender o comportamento de rejeição da maternidade pelas mulheres, é preciso recordar-se de que nessa época as tarefas maternas não são objeto de nenhuma atenção, de nenhuma valorização pela sociedade. São consideradas, na melhor das hipóteses, normais, uma coisa vulgar. (Badinter, 1985, p. 99)

Nos séculos XVII e XVIII, a educação das crianças das classes burguesas e aristocratas segue o mesmo ritual. No início da vida, as crianças são enviadas às casas das amas, mais tarde, retornam ao lar para serem, após cinco ou seis anos de convívio familiar, enviadas a um convento ou internato, deixando, dessa forma, um tempo bem restrito de convívio com os pais. Badinter (1985) destaca que as pesquisas de autoridades da época localizam a indiferença parental sobre esses filhos enquanto estão sob os cuidados de terceiros, que quase nunca eram conhecidos da família ou traziam consigo alguma referência. “Somos mesmo tentados a ver, nessa não interferência indolente, uma espécie de substituto inconsciente do nosso aborto. A assustadora mortalidade infantil no século XVIII é o mais gritante testemunho disso” (p. 137).

Após tantas evidências da mortalidade infantil e sua relação com a terceirização dos cuidados dos bebês logo após o nascimento, no final do século XVIII, após 1760, são publicadas várias orientações para que as mães comecem a se ocupar dos cuidados de seus bebês e que os amamente. “Elas impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho” (p. 145).

O novo imperativo, portanto, ao final do século XVIII, era a sobrevivência das crianças e, para essa tarefa, era necessário convencer as mães a se aplicarem nas tarefas esquecidas, aquelas ligadas ao cuidado materno dirigido ao bebê. Dessa forma, Badinter (1985) reconhece que as mulheres foram seduzidas pelas personalidades mais influentes da época, como médicos e padres, a acreditarem que seriam recompensadas com felicidade e respeito se conseguissem ser boas mães.

As palavras “amor” e “materno” passam a ser associadas, conduzindo a um novo olhar sobre a mãe perante sua maternidade. “Deslocando-se insensivelmente da autoridade para o amor, o foco ideológico ilumina cada vez mais a mãe, em detrimento do pai, que entrará progressivamente na obscuridade...” (p. 146). Dessa forma, como assevera a filósofa, as mulheres foram entendendo que, produzindo esse trabalho tão importante para a sociedade, teriam uma importância nunca antes lhes atribuída, um reconhecimento de sua utilidade.

Diferentes discursos foram dirigidos à sociedade para que todos apostassem na importância de as mães se ocuparem de seus filhos, os quais, assim, teriam mais chances de sobrevivência: um discurso econômico (e demográfico), dirigido apenas aos homens mais esclarecidos, um filosófico, dirigido a ambos os sexos e um terceiro, dirigido apenas às mulheres (Badinter, 1985).

No discurso econômico, de acordo com a filósofa, foi introduzida a importância do aumento demográfico para o desenvolvimento da sociedade, e, para tanto, era preciso melhorar as expectativas de vida dos bebês que nasciam. Dessa forma, foi encomendado pelo ministro fisiocrata Bertin, ao médico do Rei, Joseph Raulin, uma obra destinada às parteiras³ da província, no intuito de qualificar esse trabalho e minimizar os acidentes, tão comuns na hora do parto.

Conforme aponta a autora, a partir do discurso filosófico, a ideia de igualdade nos papéis familiares foi defendida e difundida naquele contexto social. O homem, pai, não seria mais a autoridade familiar e tanto a criança quanto a mãe se beneficiam da nova organização.

O poder, mais parental do que estritamente paterno, funda-se agora na fraqueza da criança, “incapaz de zelar, ela mesma pela própria conservação”. É agora o bem da criança que justifica a autoridade dos pais, e não um direito tanto abstrato quanto absoluto. [...] é a natureza da criança que exige o poder dos pais e lhe impõe, ao mesmo tempo, justos limites. (Badinter, 1985, p. 162)

O terceiro discurso, dirigido apenas às mulheres, foi o da felicidade como objetivo de vida do ser humano. Com a igualdade sugerida no discurso filosófico, foi possível que, aos poucos, a mulher fosse se emancipando do marido e, com os filhos, deixando de ser vista como propriedade familiar; assim, foi sendo construída a

³ No próximo tópico, será apresentado um breve estudo sobre a importância desse agente (as parteiras) para o parto ao longo dos tempos.

possibilidade do casamento a partir da escolha. Dessa forma, o discurso da felicidade estava diretamente ligado à possibilidade dos laços a partir do amor. “A procriação é uma das doçuras do casamento: e que seria mais natural que amar em seguida os seus frutos?” (Badinter, 1985, p. 178).

A partir da observação de alguns mamíferos na natureza, Rousseau (em contraste com a imposição do amor incondicional) contrapõe o amor materno espontâneo, com base em seus relatos que expõem a maternidade nesses animais. A fêmea, após o parto, amamenta seus filhotes por uma necessidade dela, devido às dores da descida do leite, no intuito de esvaziar o seio para cessar a dor. Em seguida, ela amamenta seus filhotes por ter se afeiçoado a eles, ou por hábito, e continua amamentando-os pela necessidade deles. Como evidencia Badinter (1985), “é a necessidade, e não o amor que a leva primeiro a dar o seio, e que é, portanto, a primeira causa da maternagem. Todos os que discorrem sobre o amor materno pouco falam sobre esse aspecto” (p. 164).

A transformação da mulher dos séculos XVII e XVIII na “boa mãe” a partir do século XIX não foi um processo célere e nem bem recebido por todas as mulheres, mas gradualmente foi possível, com base nas promessas de um lugar reconhecido na sociedade. Dessa forma, a era das provas de amor maternas teve início, a mulher se sacrifica em prol do melhor para os filhos. “O primeiro índice de uma mudança de comportamento é, certamente, a vontade nova de aleitar ela própria o filho” (Badinter, 1985, p. 202). Outra transformação que vale ser mencionada é que os bebês passaram a não mais serem enfaixados, o que deixou seu corpo livre para brincar e interagir com suas mães (acerca desse fato, pode-se também pensar que fica mais fácil para os bebês conseguir convocar sua mãe, o que contribui com a construção do laço).

Bebês paramentados com faixas ficavam contidos e demandavam menos energia das mães. Mas, a partir do momento que tais faixas foram descartadas, as mães precisam dedicar mais tempo e energia a seus bebês. A saúde das crianças passa a ser a principal preocupação dos pais. A filósofa relata que “a nova mãe, que se sente responsável pela saúde do filho, não oculta sua ansiedade e pede mais conselhos e ajuda ao médico. A presença desse novo personagem no seio da família se faz sentir cada vez mais no século XIX” (p. 210).

Com a nova maternidade, as mulheres/mães eram exaltadas pelo desempenho de seu papel e de sua função na sociedade, e, da mesma forma, as que não podiam sê-lo eram “condenadas”. Da responsabilidade à culpa, foi um pequeno percurso. A mãe passa a ser considerada o primeiro e mais fundamental educador, aquele que educa a criança e, assim, desempenha o mais importante papel da sociedade. “Governando a criança, a mãe governa o mundo” (Badinter, 1985, p. 258). A maternidade não se restringe a dar à luz ao filho, ela se estende à lactante e à educadora.

O que pretendo indicar, a partir desse pequeno estudo sobre os diferentes lugares das crianças nas famílias e da maternidade ao longo do desenvolvimento de nossa sociedade, é como o discurso de uma época é capaz de dirigir o desejo feminino.

A psicanálise considera que o modo como os sujeitos constituem-se e representam-se no laço social é perpassado pela lógica discursiva de cada época e, dessa forma, o mal-estar do sujeito nos remete, em certa medida, a transformações sociais, culturais, políticas e econômicas. (Vescovi, 2021, p. 19)

Paul-Laurent Assoun (1993) realizou um estudo fundamentado nos textos de Freud sobre o feminino e, nele, fez uma importante distinção entre o desejo e o querer feminino, inserindo, no cerne desse conflito, a constituição do desejo de uma mulher, uma a uma e para cada uma de uma forma singular, A mulher. Sobre o querer feminino, o psicanalista resgata a crítica feita pelo próprio Freud a seus textos, informando ter dado pouca importância à ligação da menina com a mãe, na fase anterior ao Édipo. O autor designa o querer feminino como o núcleo do inconsciente da mulher e desdobra a paixão da mulher (A mulher, ou de cada mulher), o objeto dessa paixão e o gozo a dois, de modo que a paixão “d’A mulher” busca uma mulher que sustente essa paixão (Assoun, 1993). Essa mulher do suporte seria a sua mãe, a primeira paixão de toda mulher. Dessa forma, penso que o enigma da mulher, seu núcleo e seu querer, podem ser decifrados a partir da mãe. “Depositam-se, assim, as diversas dimensões em que se encena o tornar-se mulher, desde a ligação com a mãe até o objeto da castração, passando pela relação com o pai e pela questão da ‘escolha’ do objeto e do amor ao homem” (p. V).

Assoun (1991) também critica o desejo social de filho que se apoia no suposto desejo “natural” da mãe em ter um filho, como se esse desejo feminino fosse algo primitivo e, dessa forma, solidário ao social. “Talvez, haja algo de ‘maquinal’ e

compulsório em certas formas de desejo de filho nas mulheres e mesmo no princípio do desejo de filho. Mas, doravante, o ‘imaginário social’ procriacionista interfere nisso. No mínimo, ele acrescenta algo aí” (p. 3).

3.2 Alguns elementos sobre as transformações da abordagem ao parto no discurso social: do higienismo à atualidade

Circunscrever o contexto em que a mulher/mãe se depara com o bebê natimorto se faz pertinente na medida em que pode iluminar os indícios das formas sociais de se tratar tal perda, inclusive, os modos da própria parturiente de enfrentar essa contingência. Para traçar a curva do recente deslocamento ideológico desse processo, começarei pelas mudanças sociais implicadas nas práticas higienistas até as adequações atuais das instituições responsáveis pelo trato do parto, que ainda ressoam no discurso socialmente estabelecido de nossa época.

Sustentando o pressuposto do equilíbrio das dimensões do indivíduo (física, intelectual e moral), o higienismo é uma corrente de pensamento que emergiu na Europa, no final do século XIX, prevalecendo até os anos de 1950, em resposta à maior atenção social à saúde e à moral dos cidadãos. Considerando a doença como fenômeno social que abrangia vários aspectos da vida humana, a preocupação com as condições de salubridade passou a ter preponderância para a prevenção de contágios, epidemias e mortes desnecessárias. Diante dos desafios envolvidos na preservação e na promoção da saúde do contingente populacional, a perspectiva higienista avançou, por meio da educação para a saúde, com a finalidade de aumentar a expectativa de vida, através de melhores condições humanas (Fernandes & Oliveira, 2012). Além da promoção dos cuidados sanitários nas residências e nas áreas urbanas (implantação de redes de esgoto, cuidados com o lixo, afastamento de cemitérios, matadouros e indústrias dos centros de aglomeração, etc.), a educação para a saúde mobilizava valores morais de organização, controle e preservação das famílias contra a propagação de doenças venéreas e infecciosas. Segundo Donzelot (1984), na Europa, as mães de família tornaram-se importantes coadjuvantes: eram colaboradoras dos médicos nessa mudança social, por aglutinarem o núcleo familiar e por informarem ao Estado as condições de saúde de seus membros.

A cultura higienista no Brasil também se deu a partir do predomínio médico na classe intelectual e de sua capacidade de influenciar as demais camadas sociais pelo exercício da medicina. Nessa direção, a organização familiar e a readequação do papel da mulher na família foram elementos importantes de transformação cultural. Martins (2004) aponta que

os médicos oitocentistas tinham outra compreensão do papel da mulher na família. Mais do que responsáveis pela transmissão dos valores morais do catolicismo e da obediência à autoridade paterna, a mulher devia tomar para si a missão de criar os filhos, formar novos indivíduos, assumir integralmente sua função natural, empregando suas forças e todo seu tempo no exercício da maternidade. Embora não se possa subestimar a importância da religião na formulação dos discursos médicos sobre a maternidade, foram as 'leis naturais' que sustentaram sua visão sobre o papel da mulher-mãe. (p. 226)

Pode-se observar, nos dizeres de Martins (2004), a eleição da função da mulher na agregação das famílias para alavancar a mudança de mentalidade social em relação às práticas culturais. Seu posicionamento na maternidade, substancialmente instituído como um papel natural da mulher, foi ainda mais favorecido como base fisiológica determinante dessa ideologia que solidificava, na cultura, a correlação entre o desempenho, dito feminino, e a maternidade. Entretanto, cabe salientar que essa concepção, que faz equivaler mulher e mãe, calcando-se em leis naturais, foi contestada no último século. Um exemplo é Roudinesco (2003) que, reportando-se aos destinos freudianos atribuídos à mulher, considera equivocada toda argumentação naturalista. Para a autora, que repercute grande parte do que os movimentos feministas do século XX instituíram, não existe instinto materno. Também, a distinção da pulsão que estabelece a fronteira entre o psiquismo e o corpo (Freud, 1915/2010), operada pelos construtos da psicanálise, esclarece que, longe de o sujeito ser um corpo, o sujeito tem um corpo (Lacan, 1972-1973/1982). Assim, advoga-se que a condição de um sujeito cujo corpo pode parir confere uma especificidade não negligenciável ao sujeito que tem esse corpo sem, entretanto, obturar as diferentes formas de exercício da maternidade que explicitam não se tratar aí de instinto. Ao mesmo tempo, a determinação cultural exige equacionar não apenas o ponto de que se trata na especificidade do corpo que pare, mas as modalidades pelas quais esta condição biológica incide em cada mulher. Esse tema será retomado mais adiante.

Nesse contexto, focalizarei, da importante passagem do higienismo no Brasil, apenas o ponto relativo ao modo de parir que este propulsionou, pois, até então, a assistência ao parto era restrita às parteiras e ocorria no âmbito domiciliar. Essas mulheres eram conhecidas nas comunidades, tinham vínculos com as famílias e conhecimentos dos costumes locais, mesmo com a introdução das escolas de medicina no Brasil a partir do século XVIII⁴. A introdução da medicina nesse espaço inaugurou não só a experimentação clínica que articulava a assepsia ao discurso anatomopatológico, mas também produziu um discurso a partir da atuação da figura masculina no saber e na prática obstétrica (Brenes, 1991, citado em Maia, 2010). Como informa a pesquisadora,

a especialidade da obstetrícia só nasceu nas faculdades europeias de medicina na primeira metade do século XIX. Para o surgimento da obstetrícia foi necessário o cumprimento de dois pré-requisitos: que a mulher se tornasse alvo do interesse médico e que a estrutura tripartite da medicina estivesse superada, já que a obstetrícia é uma especialidade configurada de tal modo que não pode prescindir da associação entre a clínica e a cirurgia. (Maia, 2010, p. 30)

A partir da suposição da classe médica a respeito das parteiras e seu não saber científico, há um marco importante na história da higiene do parto no Brasil: a instrução das “parteiras curiosas” — como são mencionadas em artigos de medicina —, por médicos e enfermeiras ligados ao Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). Criado em 1942, esse serviço visava a instruir e a vigiar o trabalho de parteiras no intuito de reduzir os altos índices de mortalidade materno-infantil, registrados desde meados do século XIX.

As duas finalidades centrais do programa de higiene materno-infantil eram o treinamento e a supervisão de curiosas e a organização de serviços de partos em domicílio, modalidade de atendimento considerada a melhor alternativa diante das dificuldades de acesso das parturientes à assistência, fosse pela falta de médicos ou de maternidades. A supervisão das parteiras e a organização do serviço de partos em domicílio foram ações que deram vida ao programa de assistência sanitária destinado à mãe e à criança, exigindo dos médicos, enfermeiras, visitadoras e auxiliares responsáveis pelos serviços de saúde nas localidades rurais atendidas pelo Sesp a “elevação do nível geral de práticas obstétricas”. (Sesp, 1944, citado em Silva & Ferreira, 2011, p. 99)

⁴ Um estudo sobre o papel da mulher na comunidade, no contexto anterior a esse ponto, pode ser encontrado em Foucault (1984), Aristóteles (1957) e Colling (2014).

Pode-se perceber um movimento de destituição do lugar social ocupado pelas parteiras e a introdução, pelo discurso científico, da necessidade dos saberes médicos no cuidado à população, o que foi sendo instituído aos poucos. É possível acompanhar, a partir dos documentos confeccionados na época, o percurso da substituição da valorização atribuída às parteiras pelo seu conhecimento do corpo feminino e da história das comunidades pela introdução da soberania do saber médico e seu conhecimento científico.

Se o treinamento de parteiras curiosas era notícia frequente nos boletins do Sesp, neles também se conferia destaque à iniciativa sespiana de aprimoramento e formação de agentes próprios no campo da higiene materno-infantil e da obstetrícia, em claro contraponto ao treinamento das curiosas. As notícias davam conta de que as ações da instituição no campo da assistência materno-infantil eram executadas a partir de duas vertentes distintas: a da educação sanitária, na qual se inseria o treinamento das parteiras; e a da especialização profissional, na qual se investia no aprimoramento e na formação médico-científica dos seus próprios agentes. (Silva & Ferreira, 2011, p. 98)

O predomínio dos partos naturais domiciliares realizados por parteiras não era fruto apenas das escolhas delas ou das gestantes e de suas famílias, haja vista a escassez de obstetras, já que a obstetrícia não era uma área almejada pelos profissionais da medicina, como nos descreve Martins (2004).

A assistência médico-hospitalar ao parto e ao nascimento lhe conferem novos significados. De evento fisiológico, familiar e social, o parto e o nascimento transformam-se em ato médico, no qual o risco de patologias e de complicações se torna a regra, e não a exceção. Maia (2010) ressalta que, a partir de então, inaugura-se outro modelo de assistência ao parto: o modelo tecnocrático, que encontra, junto à medicina obstétrica moderna, solo fértil para se legitimar no Brasil, em um contexto de assistência à saúde predominantemente curativo e hospitalar.

Assim, se, por um lado, o saber científico demonstrou sua pertinência e eficiência na redução dos índices de mortalidade infantil, a inserção do saber científico obstétrico e da figura masculina no parto causou uma ruptura com a figura da parteira — íntima da cultura e do próprio corpo feminino —, que era considerada por ter seu olhar voltado à mulher que paria e ao seu bem estar: o parto, então, deixou de ser “coisa de mulher” para tornar-se procedimento técnico. A consequente valorização social desses elementos, devido à sua eficácia na promoção da vida, teria dado início, para

Maia (2010), à priorização do fruto do parto, o neonato, o que conduzia a uma objetificação do corpo feminino.

Atribui-se à medicina moderna um modelo tecnocrático pelo fato de ela considerar o corpo como uma máquina e o médico como um mecânico, aquele que a conserta. Dessa forma, caso esse modelo tecnocrático seja aplicado especificamente na obstetrícia e no próprio parto, o parto hospitalar cumpriria a função de consertar o corpo da mulher que não consegue parir sozinha por algum “defeito”.

Maia (2010) também adverte que o corpo passou a ser percebido como máquina, e que o principal objeto do obstetra é o útero e seu produto, em lugar da mulher. Dessa forma, o parto é considerado como resultado do trabalho mecânico das contrações involuntárias do útero. Essa imagem é fundamental na concepção da obstetrícia moderna, pois ela elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do parto. A cena do parto, que posiciona a mulher deitada e de pernas para cima, arranjo justificado como colaboração para o ato médico, afirmaria a imagem metafórica do deslocamento da mulher para o médico como sujeito do parto. Estando o médico nessa posição, resta à mulher submeter-se a ele, o que se contrapõe à proposta de assistência humanizada ao parto.

A visão tecnocrática prevaleceu na tomada da imagem fragmentada do corpo-máquina e da mulher-útero associada à ideia do hospital como linha de produção e, assim, permitiu que se instituísse uma assistência padronizada que inclui a prática de deslocar a mulher durante o trabalho de parto. Nesse sentido, a própria área física das maternidades expressaria tal concepção do processo da parturição: a mulher é transferida de setor em setor na maternidade (pronto-atendimento, bloco obstétrico, pré-parto e enfermaria), tendo, em cada um desses espaços do hospital, um número de leito e equipes de referência diferentes.

Nos estudos da história da saúde pública, um outro ponto chama atenção, relativo à abordagem escolhida para a indicação do tipo de parto. Esta não era orientada a partir das possibilidades do corpo ou de indicações que levassem à abordagem cirúrgica, como nos relata Tedesco et al. (2004), pois as representações de parto eram estruturadas pelos sujeitos de acordo com a classe social da clientela: o parto estaria mais relacionado a um ato instintivo para as mulheres das classes populares e a um ato cultural para as mulheres das classes mais elevadas. Ao levar em conta os índices de

partos normais e cesarianas no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos hospitais privados, ainda hoje, constata-se que o tipo de parto também é uma marca do *status* social da mulher.

Segundo Rocha e Ferreira (2020), os determinantes sociais mostram que as mulheres de renda mais baixa, atendidas no sistema público, percebem-se menos autônomas e mais vítimas de intervenções desnecessárias. Já as mulheres com maior renda, usuárias da rede suplementar, apontam a receptividade do médico diante da cesariana a pedido delas, porém não se sentem adequadamente informadas sobre as vias de parto durante seu acompanhamento. Essa falta de informação mencionada pelas mulheres caracteriza a qualidade da assistência prestada. O medo da dor e o temor de sofrer violência na hora do parto apareceram nos discursos como fatores negativos do parto normal, o que reflete o impacto da violência obstétrica na saúde e reforça a importância da informação no processo de gestar e parir. A cesariana se destaca no cenário médico, trazendo a discussão sobre o modo “normal” de nascer na sociedade moderna. As altas taxas de cesarianas — a pedido ou baseadas em indicações não clínicas, como comodidade do agendamento — caracterizam o novo perfil obstétrico.

Antes da implantação do SUS no Brasil, com a Constituição da República de 1988 e a regulamentação com as leis 8080 e 8142 de 1990, o modelo de assistência teve foco curativo e hospitalar. Entretanto, a Constituição de 1988 (Brasil, 1988) é um marco na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde coletiva e determina, em seu artigo 198, que as ações e os serviços públicos em saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único de saúde. O SUS é organizado de acordo com os princípios da *universalidade*, que garante acesso a todos, independentemente de contribuição; da *equidade*, que garante o atendimento das necessidades dos indivíduos dando mais a quem necessita de mais; e da *integralidade*, que oferta assistência em todos os níveis de complexidade à população. Sua implementação tem como base as diretrizes de *hierarquização*, *descentralização*, com gestão em cada esfera de governo, e *participação da comunidade*, garantindo controle social das ações e dos serviços de saúde (Brasil, 1988).

Em 2003, foi criada, no Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH), também denominada como “Humaniza SUS”. Trata-se de uma reformulação no modo de cuidar da saúde no país, preconizando a construção dos processos de assistência à

saúde determinados pelo tripé: gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS. Ressalta-se, então, a necessidade de garantir a participação popular nas determinações do Sistema Único de Saúde, a expectativa é que a assistência possa ser mais acolhedora, ágil e resoluta, melhorando as condições de trabalho e de atendimento. A Política Nacional de Humanização tem o intuito de reduzir as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso, do atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco, implantar o modelo de atenção com responsabilização e vínculo, garantir os direitos dos usuários, valorizar o trabalho na saúde e manter a gestão participativa nos serviços (Brasil, 2015b).

Interessa a esta dissertação focalizar, nesse novo contexto, que a humanização do parto e do nascimento respondeu, com o movimento que busca resgatar a humanidade e a individualidade da parturiente, ao anseio coletivo de melhor qualidade da assistência médica, orientando-se na direção contrária à ideia da mulher-fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem. Assim, o conceito de humanização se desdobrou, passando a envolver o tecnicismo com práticas e atitudes que visam a promover partos e nascimentos com privacidade, autonomia e protagonismo da mulher (Brasil, 2001).

Em termos da assistência, o modelo humanístico propõe devolver ao parto seu lugar como um evento fisiológico e afetivo. Nesse sentido, preconiza-se que a mulher possa ter, caso queira, um acompanhante de sua escolha em todo o processo do pré-parto, parto e puerpério; tenha liberdade de movimentação; possa receber métodos não farmacológicos para alívio da dor; tenha privacidade e a presença constante de um profissional capacitado para acompanhar o parto; possa escolher a posição de parir; seja a primeira a ver seu bebê e a pegá-lo; e tenha seu medo e sua dor percebidos como legítimos e integrantes do processo. E, de maneira mais radical, humanizar significa vislumbrar o parto como uma experiência de prazer e de gozo feminino. (Maia, 2010, p. 45)

Vale ressaltar, na aposta do parto humanizado, que se chega até a romantizar a parturição, ao abordar o vislumbre da implicação do prazer e do gozo feminino.

Não há garantias de que o parto humanizado se configure como experiência propriamente prazerosa, ficando, em certa medida, na dependência de condições incomensuráveis, seja no plano físico ou psíquico. Entretanto, qualquer prática hospitalar pauta-se pela preservação dos direitos civis das mulheres, como

acompanhamos na política vigente de humanização, que propõe interceder de modo a garanti-los, colocando-se a serviço da saúde física e mental da puérpera e de seu bebê.

Nos grandes centros brasileiros, o parto hospitalar e medicalizado é uma realidade instalada, e a garantia das políticas públicas, como a da humanização do parto, está em processo de consolidação. Torná-las uma prática nas maternidades públicas e privadas significa uma profunda mudança cultural e econômica, ainda em movimento. Percebe-se que essa mudança está em curso no SUS, porém, na rede privada, esse movimento deve ocorrer de forma mais lenta, a despeito de a Agência Nacional de Saúde (ANS) promover, desde 2015, um projeto de incentivo à humanização do parto para a rede suplementar de saúde, denominado “Parto Adequado” (Brasil, 2015a).

O projeto Parto Adequado, desenvolvido junto à ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e ao nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar. Essa iniciativa visa ainda a oferecer às mulheres e aos bebês o cuidado certo, na hora certa, ao longo da gestação, durante todo o trabalho de parto e pós-parto, considerando a estrutura e o preparo da equipe multiprofissional, a medicina baseada em evidências e as condições socioculturais e afetivas da gestante e da família (Brasil, 2015a). A implementação de protocolos de serviços profissionais voltados ao atendimento psíquico da equipe hospitalar está incluída nesse projeto.

É desse contexto que recorro a especificidade de um tipo de parto que esta dissertação procura alçar. Trago à tona um outro lado da maternidade, menos exposto, e que parece manter-se à margem do discurso social, por ser uma modalidade de maternidade que não produz filhos concretos: trata-se das perdas neonatais.

A constatação da morte do bebê ainda no útero materno torna necessária a realização de um parto, pois a manutenção do bebê no corpo materno pode causar complicações fisiológicas e psíquicas. Todavia, geralmente não se reconhecem as implicações subjetivas da perda perinatal de um filho, antes que a convivência com ele tenha ocorrido. A contingência da morte do bebê ainda no útero materno pode trazer efeitos significativos da ordem de um sofrimento não localizável, no campo em que tal perda tem lugar. Ao que tudo indica, o que está envolvido na realidade objetiva da

passagem da gestante à puérpera parece manter-se fora do alcance da captura da equipe de saúde, na medida em que muitas contingências psíquicas persistem, escapando ao controle protocolar almejado com vistas à saúde mental da parturiente. Localizar isso que escapa da realidade psíquica da mulher, na cena hospitalar, pode circunscrever o efeito do que também é inabordável pelo discurso social e conduz, enfim, ao que a teoria psicanalítica pode apontar sobre o que ali comparece como algo fora da representação.

3.3 O lugar da mãe do bebê natimorto no hospital-maternidade

Entre o que a mulher/mãe constitui como seu filho morto e a definição oficial de óbito há, para estas, muitas vezes, um vão que nem sempre é transposto. Partirei aqui da nomenclatura oficial (portaria número 72, de 11 de janeiro de 2010, artigo 2º, item III, do Ministério da Saúde), que define o óbito fetal como:

a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais. (Brasil, 2010, s.p.)

Gestantes que perdem seus bebês antes desses cortes preestabelecidos, muitas vezes, não são acolhidas no contexto hospitalar da mesma forma que a mãe que perdeu um feto, com a justificativa de que o “produto era só” um embrião. Supõe-se que tal abordagem reflita uma restrição silenciosa, conferida pelo discurso social estabelecido, à morte, em especial, à morte de uma vida não realizada que, de certa forma, desdobra-se também no modo quase secreto com que a mãe sofre o luto pelo seu bebê.

Para que uma mulher seja considerada mãe, essa nomeação assume consistência a partir da especificidade de construção simbólica e imaginária dessa função, realizada durante o período de duração da gestação, no que a mãe reconhece como tal. No caso da contingência da perda do embrião, as modalidades de luto possíveis diante dessa gestação malograda talvez estejam relacionadas à construção da relação da mulher com a singularidade de sua gestação, o que não depende, necessariamente, da idade gestacional do feto perdido.

Porém, sem conferir legitimidade a esse luto, não há qualquer atenção institucional específica ao que pode significar, para as mulheres, o planejamento de uma gestação e o fato de estar gestante. É o que Fonseca (2018) constata, ao relatar sua experiência no acolhimento às mulheres em processo de reprodução assistida com perdas gestacionais repetidas. A autora explicita a angústia de uma paciente na contabilidade de suas perdas. Essa mulher, que havia perdido seis embriões, queixou-se de que apenas dois foram contabilizados. Para ela, cada embrião tinha uma parte de seu esposo e uma parte dela e estava em seu útero, mesmo não tendo sobrevivido por muitos dias após sua implantação, portanto ela considerava cada um deles uma gestação perdida. Fonseca (2018) denomina de “pequenos nadas” essas perdas dos filhos que nem sempre podem ser contabilizados pelos cortes predeterminados, segundo as definições oficiais de perda gestacional.

Ao mesmo tempo, é necessário ressaltar que as mulheres que perdem seus bebês no final da gestação se deparam com um impasse semelhante ao que se reconhece na perda embrionária, posto que a perda neonatal nem sempre encontra o acolhimento psicológico hospitalar capaz de franquear, naquele momento, um passo para a possibilidade de uma família chegar a elaborar o luto pelo seu bebê perdido.

Nesse ponto, também é preciso se debruçar sobre a diferença entre a noção oficial do natimorto e a significação da perda de um bebê que não nasceu vivo, para uma puérpera. Independentemente da idade gestacional do feto, tal perda pode ter uma significação incomensurável para a mulher/mãe, implicando uma situação de luto que, talvez, seja importante discernir, antes de propor uma modalidade clínica de intervenção.

Para Freud (1915/2010), “via de regra, luto é a reação à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que ocupa seu lugar, como pátria, liberdade, um ideal, etc.” (p. 172). Segundo a definição acima, que distingue luto pela pessoa amada de luto por uma abstração que ocupa seu lugar, quando se trata da possibilidade da elaboração do luto por um bebê natimorto, referimo-nos a um bebê na posição de uma “pessoa amada” perdida. Contudo, também é possível supor que, por ainda não ter nascido, seja mais apropriado localizar o luto pela perda desse bebê como uma perda da “abstração” que ocupa o lugar do bebê. Afinal, ainda que esse bebê esteja localizado intracorpo, sem um “ser” concretamente presente, ele já ocupa um lugar no imaginário da mulher que tanto

se antecipa mãe quanto antecipa seu filho. Geralmente essa antecipação é a subjetivação que ela pode sustentar a partir dos movimentos corporais e dos ritmos do feto, reconhecidos em sua própria fisiologia. Essa construção tem a potência de conferir, a ambos, uma forma de existência e, também, de constituir modalidades de laço.

No caso de a mãe se deparar com a realidade material do bebê, ela terá a morte como um ponto imutável. A perda desse bebê “abstração”, em sua realidade psíquica, que é, ao mesmo tempo, “a pessoa amada”, constitui uma mutilação cujo caráter talvez paradoxal seja o de pertencer ao seu corpo e ao seu psiquismo. Esse momento configura uma conjunção jamais reencontrada entre dois corpos, nem mesmo em qualquer ficção da relação sexual. Esse ponto de perda pode ser tão inassimilável quanto impossível de ser representado, o que localizaria o luto por essa perda numa dimensão real (conforme a terminologia lacaniana). Nesse caso, um trabalho simbólico de elaboração do luto poderia ficar em suspensão. Enquanto Freud (1917[1915]/2010) afirma entender “[...] que o trabalho psíquico do luto leva o Eu a renunciar ao objeto, declarando-o morto e oferecendo ao Eu o prêmio de continuar vivo” (p. 192), a circunstância do luto pela perda de um filho que não viveu implicaria um tipo de renúncia corporal e narcísica inexorável, que exigiria a permanência de algo vivo, e, para sustentá-lo, talvez seja preciso suspender, paradoxalmente, o próprio trabalho psíquico. Admitir essa hipótese exige delimitar o que permaneceria vivo, na mulher/mãe, do filho que nasceu morto.

Em muitos casos, o hiato simbólico deixado pelo natimorto parece não causar o mesmo efeito no campo social, que, por vezes, ignora-o. A mãe, que passou os meses de gravidez construindo o filho enquanto esperava seu nascimento, de repente, depara-se com a contingência de que não há filho. Denominando esse hiato como um vazio, Bromberg (2000) afirma que este será agravado se o bebê for logo retirado do contato com a mãe, ou se ela não tiver qualquer contato com ele, supondo ser necessário que essa mãe tenha lembranças do bebê para elaborar o luto. Para a autora, é necessário que o natimorto seja percebido como um evento real, tangível, que pode ser absorvido, elaborado e deixado pelo casal (principalmente) e também pelos irmãos, para que não seja uma memória fantasmagórica, assombrando-os e paralisando seus relacionamentos, como frequentemente ocorre.

Nessa perspectiva, já se observa comumente a prática dos membros da equipe assistencial das maternidades de produzir, após a morte de um bebê, seja ainda no útero

ou depois de alguns dias de vida, lembranças para a família: uma caixinha com o carimbo da placenta num papel, a etiqueta que ficava na mãozinha do bebê, o carimbo dos pezinhos, a touca usada pelo bebê. Parece que as equipes que atuam nas maternidades, ao produzirem essas recordações referenciais do filho morto, encontraram um modo de lidar com os efeitos do bebê natimorto sobre os pais. A expectativa da equipe é de que esse ato tenha um papel relevante na elaboração do luto pela perda do bebê. Espera-se que o acolhimento humanizado possa ter a função de ao menos delinear simbolicamente um marcador concreto que representaria o bebê que não voltou para casa com os pais.

Outra prática das equipes na maternidade, na busca de caminhos para alavancar a elaboração do luto materno, é a de facultar à família a possibilidade de decidir o momento de dizer adeus ao bebê natimorto, após o parto. Em muitas oportunidades, esta mestranda pôde acompanhar uma equipe que permite que a puérpera e seu companheiro ou familiares fiquem com esse bebê o tempo que julgarem necessário. Se não é usual que o feto morto volte para casa e ali permaneça com a família em um berço refrigerado até as cerimônias de seu funeral, como ocorre alhures (Revista Crescer, 2021), esse trabalho de reconhecimento social indica a dimensão incomensurável da perda do que não pode ser perdido nem depois de morto.

Aguiar e Zornig (2016) ponderam que normalmente, após um óbito fetal, os pais contam com poucas recordações do filho, o que poderia provocar uma sensação de irrealidade e vazio. Relatam ainda que, comumente, outros familiares desmancham o quarto do bebê e escondem os objetos já adquiridos para esses bebês pelos pais. Dessa forma, salientam, os pais (especialmente a mãe) são privados de um importante ritual, possivelmente aumentando a solidão experimentada. Há, por parte dos pais, um temor de que os poucos traços que o bebê deixou possam ser apagados: “o luto após o nascimento de um bebê morto não conta com experiências a serem lembradas após o parto, sendo privadas de lembranças necessárias para entrada no trabalho do luto” (p. 270).

Por outro lado, no caso particular de natimortos ou, em menor grau, de mortes neonatais, Bromberg (2000) afirma que o luto se torna ainda mais difícil se a morte for seguida de perto por uma outra gravidez. No entanto, as famílias e a sociedade parecem pressionar o casal que perdeu um filho, procurando fazer a reposição deste o mais

rapidamente possível, exacerbando a defesa da negação, como se a morte não tivesse ocorrido, uma vez que logo haverá uma nova vida.

Foi da fala dos pais que, em minha experiência nos acolhimentos realizados durante ou após um trabalho de parto de bebê natimorto ou mesmo após um processo de curetagem⁵, um sintagma imperativo se ressaltou por sua presença recorrente: uma nova gestação. Muitas famílias enxergam a possibilidade de pensar numa nova gestação que seja levada até o nascimento, como estratégia de redução do sofrimento enfrentado no momento atual de perda. Interrogo-me se esse pode ser o motivo da manifestação da ânsia pelo retorno ao estado gestacional apresentado por muitas mulheres após a perda de seu bebê e, assim, novamente, deparo-me com a virulência do que não pode ser perdido na morte de um bebê que não viveu.

3.4 Relato de situação cotidiana de perda perinatal no hospital-maternidade

Por sua frequência, na prática hospitalar, repetir-se sistematicamente, o relato do atendimento psicológico pontual de uma gestante será apresentado, de modo a permitir ao leitor uma melhor aproximação da cena de perda, bem como das interrogações sobre os efeitos da atuação de um profissional de saúde mental nesse contexto. Isso se justifica pela importância de se localizar e demarcar algo do que se mostra sem se deixar ver, encoberto no sofrimento materno, como condição preliminar a uma condução da situação, de modo que esta não esteja fora de lugar, nem seja obscena (no sentido ético).

Trata-se do acolhimento a uma gestante com 37 semanas de sua primeira gestação, acompanhada de seu marido, que acabara de receber a informação que seu bebê tinha morrido ainda em seu útero. Este foi solicitado pela equipe de enfermagem a partir de interconsulta para atendimento no bloco obstétrico de uma maternidade instalada em um hospital geral da rede suplementar de saúde, na grande Belo Horizonte. Na condição de psicóloga, esta mestranda informa ao casal que havia comparecido para oferecer um acolhimento psicológico. Maria⁶, de 23 anos de idade e casada com Vitor, pai da bebê, então discorre sobre a sequência de fatos que a trouxeram ao hospital até receber a notícia de que o coração da bebê havia parado de bater, constatando que ela

⁵ Cirurgia que consiste em esvaziar o interior de uma cavidade natural ou patológica com o auxílio de uma cureta; raspagem.

⁶ Para respeitar o sigilo com relação à identidade dos pacientes, os nomes aqui utilizados são fictícios.

estava morta. Maria conta ter estranhado a falta de movimentos de sua bebê na barriga nos últimos dias e por isso procurou o pronto atendimento hospitalar. Após ter realizado exames clínicos e o obstetra de plantão não ter conseguido auscultar as batidas do coração da bebê, Maria foi encaminhada para o exame de ultrassom que apontou o óbito. Depois desse breve relato, Maria se cala. Diante do silêncio gerado, Vitor toma a palavra, relatando que estava tudo certo com a gestação, que haviam feito ensaio fotográfico no fim de semana anterior, que o quarto da filha já estava pronto e que eles não sabiam o que havia ocorrido. O pai da bebê ressaltou também que o nome da filha era Raissa e que o casal já havia decidido que, assim que a esposa pudesse engravidar, eles voltariam a tentar novamente, sublinhando que a próxima filha teria o mesmo nome da que foi perdida. O pai finalizou a fala informando que o casal teria uma filha com o nome Raissa: “se essa não pôde nascer, a próxima poderia”.

A partir da afirmação do pai, fica a questão se seria importante para o casal reconhecer essa Raissa, mesmo que morta, como parte da família, para que ela pudesse ser representada através da fala do casal, podendo contribuir para a elaboração do luto, fazendo parte da história da família e também para que a próxima filha do casal pudesse ter um nome e significações próprias.

Nessa perspectiva, os pais foram por mim interrogados sobre como eles conseguiriam diferenciar a Raissa que estava agora no útero da mãe da futura Raissa que ainda não havia sido concebida. Não obtive resposta. O pai pareceu ignorar o questionamento, sem vacilar. Entretanto, foi possível supor que Maria, após uma pausa, colocou-se a refletir sobre o questionamento feito. Após alguns minutos em silêncio, Maria retorna a falar dos procedimentos para o parto que faria e, sugerindo estar ansiosa, diz aguardar o início do trabalho de parto: “estou no terceiro comprimido de indução e espero entrar o quanto antes para poder voltar para casa”. O acolhimento se encerrou naquele momento. No dia seguinte, o casal teve alta hospitalar antes de um segundo encontro.

Vorcaro (2010) aponta que “localizar um saber insabido na singularidade do sintoma, bordeando-o com um ato enunciativo de interrogação desse sintoma pelo solicitante, é o desdobramento que se espera ocorrer no tempo de acolhimento” (p. 19). Com base nessa indicação, interrogo-me se foi possível, em um único acolhimento, um questionamento apenas ter tido efeito sobre a escolha dos pais. Minha aposta, a despeito

da brevidade da intervenção, foi a de que ouvissem, em algum lugar, uma outra possibilidade, para além da determinação ali expressa de suplantar uma perda por meio de uma reprodução que visaria a anulá-la.

Faz-se importante frisar que, não sendo incomum os encontros únicos em serviços de urgência, é prática da equipe de psicologia da maternidade em questão, ao final do acolhimento em casos de perda fetal, informar a mulher sobre a possibilidade de encaminhamento para atendimento psicológico ambulatorial após a alta hospitalar. Maria entendeu que poderia ser importante o acompanhamento e solicitou que fosse encaminhada ao serviço. A obstetra responsável pelo parto, a partir da solicitação de nosso serviço de psicologia, encaminhou Maria ao atendimento ambulatorial.

Como se sabe, em instituições hospitalares, os encontros entre analista e paciente são restritos e a rotina de um único encontro é prevalente. Mesmo quando é possível ampliar a atenção ao paciente, devido à internação de longa permanência, o local de acolhimento geralmente não proporciona condições para o estabelecimento de um *setting* clínico.

É admissível considerar que a prática de atendimento das solicitações aqui abordadas, em parte, aproxima-se do registro daquilo que Freud (1913/2010) denominou “tratamento por ensaio”:

[...] me habituei, tratando-se de um doente que conheço pouco, a aceitá-lo de início provisoriamente, pelo período de uma ou duas semanas. Havendo interrupção nesse período, poupamos ao doente a dolorosa impressão de uma tentativa de cura fracassada. Fez-se apenas uma sondagem, para conhecer o caso e decidir se é apropriado para a análise. Não dispomos de uma outra espécie de prova além desse ensaio; [...]. Mas esse ensaio preliminar já é o começo da análise, e deve seguir as regras da mesma. Talvez se possa distingui-lo por deixarmos o paciente falar, sobretudo, e lhe darmos apenas os esclarecimentos que forem indispensáveis à continuação de sua narrativa. [...] O começo do tratamento com um período de prova de algumas semanas tem também uma motivação relacionada ao diagnóstico. [...] o psicanalista comete, num caso desfavorável, um desacerto prático, torna-se culpado de um gasto inútil e descredita seu procedimento terapêutico. (p. 124-125)

O que justifica esses poucos encontros numa instituição hospitalar é, primeiramente, conceber o cuidado em sua dimensão ética, diante da lacuna entre o que os discursos estabelecem como limites da relação com o outro nas práticas sociais e a relatividade de seu emprego. Distinguir essa diferença obriga o clínico a delinear

constantemente seu campo de ação para estabelecer novas ferramentas conceituais e operacionais. Dessa forma, espera-se, potencialmente, reduzir os efeitos iatrogênicos incidentes na situação hospitalar.

A permanência no hospital, regrada pelo tempo de internação necessária, limita o encontro com o campo psíquico do paciente, por vezes, a um único encontro. Mesmo assim, há possibilidade de acontecer alguma mudança no sujeito, a ponto de este suportar o que antes lhe trazia sofrimento. Entretanto, pode-se considerar que o simples fato de falar ao analista faz o sujeito retroceder diante do sofrimento, tomando distância deste e, por consequência, produzindo um alívio imediato (Miller et al., 1997). Nesse contexto, é plausível ao clínico apontar repetições e recordações, transformando-as numa questão para o sujeito, a fim de “forçar” uma elaboração (Freud, 1914/2010a).

Reconheço que um contato que privilegie a escuta pode produzir efeitos no sujeito. Seus efeitos constroem ou dissolvem uma demanda a depender do que eles causam. Daí a importância da investigação das modalidades de intervenção, bem como da tomada da própria prática como objeto de estudo.

A partir do acolhimento ao casal, refleti sobre o que poderia representar para eles, e mais especificamente para a mulher, a possibilidade de uma nova gestação sem que antes houvesse a elaboração do luto da anterior. Seria plausível entender que a possibilidade do retorno ao estado gestacional teria o intuito velado de não sofrer a perda atual? Nesse sentido, Rios, Santos e Dell’Aglio (2016) asseveram ser “importante observar e intervir frente aos planos de uma nova gestação, logo após uma perda fetal. A associação entre luto complicado e adaptação a uma nova gestação costuma se refletir em sintomas depressivos e ansiosos por parte das mães” (p. 98).

Dessa perspectiva, a negação do sofrimento dos pais poderia funcionar como desmentido da perda e obstruir a possibilidade de representação. O traumático é entendido aqui como algo da ordem de uma experiência, cuja dimensão requer intenso trabalho psíquico não encontrando condições de ser operada (Iaconelli, 2007). No caso da mãe enlutada, aponta-se a falta de compreensão de sua dor como uma das variáveis que dificultam sua elaboração.

Como alertam Aguiar e Zornig (2016), “sem que se falem dos fetos mortos e da morte, a entrada dessa experiência na vida simbólica dos envolvidos será um grande desafio, e assim a sombra dessa vida interrompida poderá perpassar gerações” (p. 279).

As autoras sistematizam, nessa passagem, a importância do trabalho subjetivo do luto, que, como lembra Freud (1917[1915]/2010), “jamais nos ocorre ver o luto como um estado patológico” (p. 172). Se o luto não é patológico, sendo considerado uma resolução saudável após uma perda, questiono-me sobre o que pode tornar tão comum o fato de que se tente ultrapassar essa etapa sem qualquer mediação.

Freud também aponta que “confiamos em que será superado após certo tempo, e achamos que perturbá-lo é inapropriado, até mesmo prejudicial” (p. 172). Essa observação leva-me a interrogar a modalidade de intervenção que poderia propiciar ou perturbar um trabalho de luto. Talvez seja necessária uma reflexão sobre o acolhimento que parta da diferenciação entre uma intervenção interrogativa e uma intervenção imperativa.

Efetivamente, o trabalho clínico com a enlutada não é tarefa facilmente delimitável. Fonseca (2018) relata a dificuldade da equipe em encontrar palavras para acolher a mulher após a notícia de uma perda fetal. Em um depoimento na referida publicação, uma profissional da equipe expressa a dificuldade de encontrar qual fala direcionar à paciente, “[...] qual a palavra positiva [...]” (p. 45). Aponto que a família pode se encontrar nesse mesmo lugar da equipe que, no intuito de confortar, procura por um discurso positivo. O objetivo, parece-me claro, é o de acalantar, mas o desfecho parece levar essas mulheres a tomá-lo como censura a seu luto.

É digno de nota que o discurso social prevalente autoriza o sofrimento do luto pela perda de pais, irmãos, cônjuges e filhos nascidos vivos. O que poderia haver na perda de um bebê nascido morto que provoque a tentativa social de anulação do luto e até a consideração de que este seria patológico? Entretanto, constata-se que essa perda pode representar algo de insubstituível e intratável para a mulher que perde seu filho antes de ele viver.

Em seu texto *Luto e melancolia*, Freud (1917[1915]/2010) diferencia o que marca as duas possibilidades de elaboração de uma perda. No luto, é possível localizar a perda de interesse pelo mundo externo devido à perda delineada de uma pessoa amada ou de um ideal, o vazio, a falta. O sofrimento do enlutado tem endereço definido, e o sujeito atravessa o período com alterações (justificadas pela perda do objeto amado) consideráveis em suas atividades, e vai, aos poucos, podendo fazer a escolha de, apesar da perda, continuar vivendo e, assim, elaborar o luto. Nos quadros de melancolia, a

perda de interesse é pelo próprio melancólico, que dirige a si mesmo investimentos agressivos, vendo-se como desinteressante, indigno e, portanto, não merecedor de qualquer investimento de amor.

Vale salientar ainda outro ponto marcante na diferenciação da melancolia: a falta de definição do objeto perdido. A partir desse ponto salientado por Freud (1917[1915]/2010), interrogo-me se o ambiente no qual a mãe vive interfere de modo a impedir seu processo de elaboração do luto. Esse seria o caso de familiares ou de redes de apoio que evitam tocar no assunto da perda do bebê, sustentando o discurso social de que não há motivos para o sofrimento da mulher, uma vez que não houve convívio com o bebê após o nascimento, tendo este nascido morto.

Pergunto-me se essa possível tentativa de atenuar a perda sentida pela mulher pode ter o efeito de perda da consistência do objeto. A mulher talvez não consiga endereçar sua dor a uma perda não reconhecida socialmente.

Discutir essa questão do objeto e sua consistência exige retomar o uso genérico do termo objeto, bem como sua função em psicanálise, que, nesta dissertação, foi apenas introduzida até aqui. Importa, primeiramente, esclarecer a definição dicionarizada do termo, a partir da qual situarei sua função no texto freudiano.

Objeto é o fim a que se tende, a coisa que se deseja, a qualidade ou a realidade percebida, a imagem fantástica, o significado expresso ou o conceito pensado. A pessoa é objeto de amor ou de ódio, de estima, de consideração ou de estudo; nesse sentido, o próprio é ou pode ser objeto. [...] Todo fenômeno psíquico inclui em si alguma coisa como objeto, embora nem sempre da mesma forma. Na representação há algo de representado, no juízo algo reconhecido ou negado, no amor algo de amado, no ódio algo de odiado, etc. [...]. O nome objeto, será reservado à matéria tratada na medida em que foi produzida e ordenada de forma sistemática por meio da investigação; objetos são os objetivos da investigação. (Abbagnano, 1901/1982, p. 695)

O *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* acrescenta: “o que está diante de nós... o que temos em vista”, fazendo oposição ao sujeito, uma vez que ele é quem apreende o objeto como um objetivo (Lalande, 1926/1991, p. 793).

Uma pequena síntese do uso freudiano do termo objeto pode ser encontrada em Lacan (1956-1957/1995). A partir de sua leitura de Freud, ele retoma primeiramente os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905) localizando o tema da descoberta do objeto. O psicanalista reconhece a abordagem implícita ao objeto sempre que Freud

discorre sobre realidade e quando a ambivalência está implicada em relações fundamentais. Uma terceira modalidade de abordagem do objeto em Freud é ressaltada por Lacan: “o sujeito se faz de objeto para o outro, que há um certo tipo de relações em que a reciprocidade, pelo viés de um objeto, é patente, e mesmo constituinte” (p. 13). Assim, a posição de sujeito e objeto podem se alternar. Lacan retoma também que a relação de objeto, para Freud, vem desde seu primeiro esboço da psicologia com o *Projeto para uma psicologia* (1895), texto no qual o autor trata o objeto como objeto a se reencontrar.

Não se trata em absoluto, do objeto considerado na teoria moderna como objeto plenamente satisfatório, o objeto típico, o objeto por excelência, o objeto harmonioso, o objeto que funda o homem numa realidade adequada, na realidade que prova a maturidade — o famoso objeto genital. (Freud, 1895, citado em Gabbi, 2003, p. 13)

Coelho (2001), a partir de sua leitura de Freud e Lacan, indica que Freud apresenta uma série de variedades do uso do termo objeto na construção de sua teoria. Em geral, Freud denomina de objeto as representações psíquicas. Já Lacan distingue, a partir da obra freudiana, os tipos de objetos indicados a seguir.

Quando o texto freudiano aborda a escolha de objeto, ele está se referindo ao *objeto de amor*, geralmente aos indivíduos tomados como tal. A mãe é o objeto primordial de amor de todo neonato, e, no caso da menina, há a troca de objeto de amor da mãe pelo pai.

Há também a referência ao próprio sujeito, ao Eu como instância psíquica que pode ser tomado como objeto de desejo no caso de investimentos narcísicos. Portanto, nessa representação, o próprio Eu é o *objeto narcísico*.

A partir de sua primeira teoria das pulsões, Freud (1915/2010) propõe que as pulsões sexuais têm como base originalmente as pulsões de autoconservação. Portanto, as escolhas anaclíticas (por apoio) de objeto se estabeleceriam com base no primeiro modelo de relação no início da vida, quando a satisfação sexual se apoiava principalmente no seio materno tomado como objeto. Constitui-se como *objeto pulsional* todo objeto no qual, ou através do qual, a pulsão consegue atingir seu alvo (Coelho, 2001).

Nessas várias versões do objeto suposto por um desejo, seja no amor, no narcisismo ou nas pulsões, trata-se de figurações assumidas como suplência diante da

falta que causa o desejo, na ausência de satisfação que define o objeto na psicanálise, ou, mais precisamente, como demonstrou Lacan (1964/1988), são semblantes do objeto inobjetalizável que interessa à psicanálise.

Pude testemunhar, na prática do acompanhamento de mulheres atendidas em maternidades, na maioria das vezes, famílias que, acolhendo a mulher após sua perda, tentam tamponar a falta do bebê que morreu apontando novas possibilidades de investimento a essa mulher, no intuito de reduzir seu sofrimento. Entretanto, não se trata de tamponar a perda imediatamente, mas de lidar com ela para tratá-la. Como aponta Bromberg (2000), o trabalho terapêutico com pacientes enlutadas possibilita que a mãe, aos poucos, consiga investir sua libido em outros objetos, salientando, todavia, que esse trabalho requer um tempo não negligenciável. Não lidar com esse luto pode implicar a necessidade do trabalho terapêutico, tendo em vista a complexidade narcísica aí posta em jogo, como argumentam Aguiar e Zornig (2016), nos casos de luto por bebês nascidos mortos “[...] a mãe, gradualmente, precisará deixar morrer uma parte de si mesma, tal qual uma amputação. Por essa particularidade, a ameaça melancólica é consideravelmente maior nos casos de luto pré-natal do que em outros tipos de lutos” (p. 278).

Uma mulher que perde seu bebê ainda na gestação conviveu, durante semanas ou meses, com a possibilidade de ser mãe daquele bebê. Entende-se, portanto, essa possibilidade como uma relação já estabelecida e articulada entre suas instâncias psíquicas que terá que ser desfeita. Na impossibilidade de uma continuidade, a mulher/mãe precisará de um tempo para compreender essa perda e viver seu processo de luto de si mesma, o que implica reconstituir-se.

Considerando a distinção subjetiva de cada mulher, pode-se afirmar que, enquanto algumas terão que se reconstituir como não mães a partir de sua perda, outras não se sentem destituídas de sua condição de mãe após a perda de seu bebê. Para estas, a possibilidade de reconstrução é como se apresentar como mãe sem ter objetivamente o filho como testemunha.

Essa configuração foi capturada brilhantemente na obra cinematográfica *Pieces of a Woman* (Peças de uma mulher), de 2020, dirigida por Kornél Mundruczó, que

apresenta uma mulher que perdeu sua filha logo após o parto e enfrentou algumas questões em busca de sua reconstituição. O filme retrata situações com as quais, por vezes, nos deparamos na clínica de mulheres que perderam seus bebês. Trata-se da mãe da gestante que, contra a vontade da filha, decide o que fazer com o corpo do bebê natimorto e cogita a possibilidade de processar a parteira que assistiu o nascimento domiciliar. A interferência da família nas resoluções práticas que sucederão a perda atropela as oportunidades que poderiam facilitar a elaboração de luto da mãe.

Outro ponto também presente na clínica e explicitado nesse filme é a expressão de piedade que a mãe-sem-filho reconhece no modo como incide nela o olhar do outro, situação que preferia não ter que lidar em sua tentativa de retomar sua vida.

O filme traz outro ponto latente que é a recuperação pela qual o corpo feminino passa para se recobrar da perda ou do parto: o sangramento por dias, as contrações uterinas, frequentemente produzindo leite para alimentar o filho que não mais existe. Salienta-se que, quando não há filho, as mulheres precisam, muitas vezes, retornar ao trabalho e lidar com esses processos corporais ao mesmo tempo.

Toda maternidade reconhecida no cotidiano por essa mãe, como o encontro com outras mães com seus filhos, é capaz de reativar, nessa mulher-mãe-sem-filho, a perda que sofreu. No filme, apesar da insistência da família em mover um processo na busca de responsabilizar alguém pela morte da bebê, a mãe consegue colocar que não há compensação em achar um culpado, uma vez que não há possibilidade de recuperar sua bebê. É plausível estabelecer uma analogia entre esse acontecimento no filme e as situações em que as famílias incentivam as mulheres que acabaram de perder seus bebês a tentarem uma nova gestação, como se desse para compensar ou preencher uma perda. É possível testemunhar a elaboração de algumas mulheres sobre o lugar atribuído a esse filho que não nasceu, lugar que outro bebê não poderia ocupar, enquanto outras mulheres acabam se deparando com essa constatação mais tarde.

É como se as pessoas ao redor da mulher que perdeu um bebê precisassem oferecer uma compensação por algo insuportável para elas mesmas, sem franquear espaço para simplesmente acolher a perda. Parece-me que, para isso, não há lugar no discurso social.

Diante das várias alternativas de auxílio ou de acolhimento que possam ser oferecidas à mulher que perdeu seu bebê, constata-se ser inviável estabelecer

procedimentos padronizáveis. Essa constatação me remete à especificidade da singularidade reconhecida no atendimento psicanalítico e à importância de operar esses acolhimentos sem cartilhas ou protocolos, pois cada mulher terá um tempo próprio e fará escolhas específicas no enfrentamento de seu processo de luto.

O filme utiliza uma linha do tempo em torno da construção de uma ponte para a travessia desse abismo subjetivo, implicando ainda uma desconstrução secundária: o desencadeamento da impossibilidade do relacionamento do casal que não pode se refazer. Dessa forma, cada um procurou sua via de reedificação. A mulher, com a lembrança do cheiro de sua bebê e a semelhança deste com o cheiro de maçã, buscou na germinação e no plantio da fruta sua própria reestruturação.

O psicanalista Marcelo Veras (2021), em seu perfil do Facebook, faz uma importante leitura do mesmo filme, trazendo o que ele nomeia como o avesso da depressão pós-parto: a estranheza provocada a partir da separação de corpos que ocorre no pós-parto, separando o corpo das mães do corpo de seus filhos. Nas palavras do psicanalista: “é o avesso do amor simbólico que tenta fazer que dois se tornem um. O real do parto é que o Um se torna dois”.

A situação do filme é entendida como esse “avesso”, partindo do ponto que, muitas vezes, a depressão pós-parto é um estranhamento da interação com esse outro que é o bebê após o nascimento, vivido pela mãe que tentaria ler a nova relação pelas lentes da expectativa da sociedade, tendo a maternidade como ideal do feminino. Outro ponto importante trazido por Veras (2021) é que, frequentemente, uma análise não visa a superar o luto, mas a construí-lo. A mulher que perde seu bebê consegue significar sua perda e construir o lugar de seu bebê, apesar de morto, entretanto, isso pode gerar um estranhamento que acaba vindo por outra via, a da sociedade. A mulher que se reconstitui frente à maternidade a partir de um bebê que nasceu morto, muitas vezes, parece estranha para as pessoas em seu entorno.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para sustentar o percurso retroativo da mulher/mãe até os primórdios de sua subjetivação, propondo reverter a suposta cronologia do desenvolvimento da condição feminina, partirei do momento da perda atual do bebê, para revisitar os demais pontos nodais salientados por Freud. Para percorrer esse caminho das especificidades do feminino, selecionei alguns textos que explicitam as construções freudianas referentes a cada ponto, de forma a fundamentar as elaborações desta pesquisa.

4.1 Do método de abordagem teórica

Em minha experiência como responsável pela implantação do serviço de psicologia e pelo atendimento nas unidades materno-infantil de hospital geral com maternidade, pude constatar, ao longo de meu trabalho, que as demandas de atendimento para acolhimento psicológico eram, geralmente, formuladas pela equipe assistencial. Dessas demandas, o maior número de solicitações de acolhimento era procedente do bloco obstétrico, especificamente para atender as mães que haviam acabado de receber a notícia de que seu bebê havia morrido ainda no ventre materno.

Dentre os acolhimentos às gestantes de bebês natimortos, um ponto em comum sempre se ressaltava, convocando minha atenção: a maioria das mulheres que passava por esse momento emendavam, ao relato descritivo da perda de seu bebê, o anseio de uma nova gestação. Escolhi uma situação representativa para referir ao leitor o que geralmente ocorria no cotidiano dessa prática: o relato de um casal que havia acabado de perder uma filha, nas últimas semanas de gestação, e que, após relatar o momento da perda, imediatamente mencionou uma nova gestação. O casal complementou sua fala salientando outra marca da repetição: o próximo bebê teria o mesmo nome do bebê que acabara de morrer.

Em muitos acolhimentos, deparamo-nos com este ponto em comum: diante da perda, as mulheres/mães apresentavam, como recurso, a convocação de uma nova gestação. Entretanto, esse relato traz ainda a singularidade que nos captura e interroga, na medida em que é reafirmada imediatamente por outro complemento. Além do tamponamento da perda pela declaração da convicção de uma nova gravidez que suplantaria a falta, apresenta uma segunda cobertura, em sua dupla repetição: a nova gestação é acrescida da reprodução da nomeação do bebê.

Essa recorrência propulsou a elaboração da pergunta principal deste trabalho: Qual a perda implicada em um filho que não nasceu? Reconheço aí o desdobramento de uma interrogação singular que move meu próprio processo analítico, relativo à tensão que articula a mulher com a maternidade. A afirmação de Rocha e Guerra (2020) de que “o pesquisador permanece fora do lugar de sustentar a causa do desejo para um outro, pois o tema de pesquisa é que está na causa do desejo, movendo-o como analisante” (p. 62) apoia a modalidade pela qual me aproximo de meu objeto de pesquisa. Para as autoras,

a marca singular da construção de pesquisa em psicanálise, está ligada à consideração do sujeito nesse processo. Nesse ponto que a psicanálise se difere de outras ciências, pois considera o sujeito e seu inconsciente no processo de construção da ciência. Da mesma forma, podemos pensar a construção de uma questão de pesquisa e como os elementos inconscientes do pesquisador se apresentam nessa elaboração. (p. 64)

Dentre os diversos campos teóricos possíveis para orientar tal leitura, situo, como marco conceitual de partida, uma leitura da psicanalítica freudiana acerca da sexualidade feminina. Minha proposta metodológica, portanto, abarca uma reinterrogação de pontos específicos da obra freudiana, já problematizados por aqueles que desdobraram suas assertivas, buscando os elementos que articulam a emergência do sujeito, o desenvolvimento sexual diferencial da mulher e a conjugação do feminino à maternidade. São muitos os trabalhos (Fonseca, 2018; Iaconelli, 2015; Jerusalinsky, 2011) que localizam as posições da mulher que ultrapassam a maternidade, em oposição à ideologia que a toma como natural, ou discernindo que esta é apenas uma de suas possibilidades. Todavia, esta dissertação se voltará ao recorte da função da própria maternidade, a partir do que o efeito da perda dessa condição (as consequências casuais da perda atual) pode elucidar o que está em jogo desde a perda primordial, percorrendo, para tanto, a direção que orienta a feminilidade.

Tendo em vista que esta dissertação trata da perda implicada em um filho que não nasceu, busca-se equacionar, por meio da obra freudiana, as particularidades envolvidas na edificação da subjetivação feminina, para problematizar especialmente seus modos de substituir as perdas implicadas em sua estruturação. Percorrerei o caminho das construções da teoria freudiana que trilham as especificidades do feminino, interrogando suas articulações a partir de minha experiência clínica, bem como do

diálogo com outros psicanalistas que abordaram essas questões que tangenciam o estatuto da mulher e a função da maternidade nesse contexto.

Freud (1900/2019) adverte que “ao representar um desejo como realizado, o sonho está nos levando para o futuro, de fato; mas esse futuro que o sonhador toma como presente é modelado, pelo desejo indestrutível, à imagem e semelhança do passado” (p. 675). Tomando este movimento do desejo persistente e sua atualização no sonho como operação também incidente no “sonho da maternidade”, avanço na consideração da suposição de que a conjunção mulher e mãe, na maternidade, esteja relacionada à separação da própria mãe. Nessa direção, pode-se interrogar: será que a construção da maternidade trataria do trajeto da interdição até a incorporação da mãe?

A pesquisa em psicanálise constitui um saber derivado da ciência, mas não se enquadra como integrante desta, porque, diferentemente da ciência, que exclui as manifestações subjetivas, prometendo com isso uma objetividade máxima, a psicanálise inclui o sujeito em sua investigação, inserindo-o na série da sua experiência, ao sustentar a hipótese do inconsciente. Essa consideração essencial permite delimitar o campo de pesquisa da psicanálise (Vorcaro et al., 2016).

Fonseca (2018) lembra que, em psicanálise, o estudo da sexualidade feminina abrange o enfrentamento de questões ligadas à divisão entre a mulher e a mãe e aos impasses de ser mulher e de ser mãe. A partir de articulações teóricas propostas nos textos de Sigmund Freud e contando com os trabalhos de autores que se basearam em suas obras, a autora verifica a referência constante a um impossível de se dizer, tanto do lado da mulher quanto da maternidade.

Reafirmando essa constatação, procurarei cernir as condições que envolvem esse impossível de dizer, localizando, na abordagem freudiana à mulher, a função do objeto perdido e de seus modos de tratá-lo no decorrer de sua edificação psíquica. Assim, o ponto de partida é a delimitação das operações que cifram a experiência humana no inconsciente, destacadas por Freud (1900/2019). Através da pesquisa bibliográfica da literatura, busco, portanto, destacar a temática que abrange as vias das condições de representabilidade do deslocamento e da condensação como mecanismos que trabalham transmutando as perdas objetais, franqueando a indestrutibilidade do desejo.

Buscando me deter ao percurso retroativo da mulher/mãe até os primórdios de sua subjetivação, ou seja, revertendo a suposta cronologia do desenvolvimento da

condição feminina, parto do momento da perda atual, para revisitar os demais pontos nodais salientados por Freud. Para cada um desses pontos, foram destacados os seguintes textos:

As escolhas das mulheres	<i>Sobre a sexualidade feminina</i> (1931/2010), <i>A feminilidade</i> (1933/2010).
O complexo de castração	<i>Sobre as teorias sexuais infantis</i> (1908/2015), <i>Análise da fobia de um garoto de cinco anos</i> (1909/2015), <i>A organização genital infantil</i> (1923/2011), <i>A dissolução do complexo de Édipo</i> (1924/2011a), <i>O fetichismo</i> (1927/2014).
A passagem da puberdade e o efeito da adolescência	<i>Três ensaios sobre a teoria da sexualidade</i> (1905/2016), <i>A organização genital infantil</i> (1923/2011), <i>Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos</i> (1925/2011a).
A experiência de satisfação e seus avatares	<i>Projeto para uma psicologia</i> (1895/2003), <i>A interpretação dos sonhos</i> (1900/2019), <i>Sobre as teorias sexuais infantis</i> (1908/2015), <i>Três ensaios sobre a teoria da sexualidade</i> (1905/2016), <i>Os instintos e seus destinos</i> (1915/2010).
A repetição	<i>Além do princípio do prazer</i> (1920/2010).
O luto	<i>Luto e melancolia</i> (1917[1915]/2010), <i>Inibição, sintoma e angústia</i> (1926/2014).

O estudo da repetição e do luto também apoiarão essa trajetória sobre as perdas, na medida em que orientam modalizações do que se repete de modo inédito e se sofre nas perdas. Com esses instrumentos teóricos, considero ser possível delimitar de que se trata nos efeitos da perda de um filho que não viveu.

Para abordar a trama do texto freudiano, busquei pontualmente as diferenciações de categorias implicadas no psiquismo, as quais Lacan denomina de dimensões (ou dit-mansões) da realidade psíquica de qualquer sujeito: a dimensão simbólica, a dimensão real e a dimensão imaginária, orientada pelo modo como Milner (2006) as sistematizou, fazendo uma articulação com a leitura de Vorcaro (1997), por considerar que essas distinções franqueiam apoios para fazer os discernimentos do que me parece

presente sob a sombra, nos textos freudianos. A articulação dessas categorias heterogêneas apresenta a medida comum que as homogeneiza por desempenharem a mesma função de sustentar juntas as duas outras:

Real: O real é isso em que o inconsciente se sustenta, a coisa inapreensível, cúmulo de sentido que constitui enigma. Enquanto dimensão pura de existência (*Há*), é obstáculo do qual nada pode ser deduzido. A incessante impossibilidade de se dizer disso qualquer coisa faz com que esse existente sustente a repetição do indefinível.

Simbólico: O que faz com que o real possa ser tomado como ponto mergulhado e situável num lugar do espaço é o simbólico (*Há discernível*). O termo que o escreve em sua ausência, que lhe confere incidência no campo discursivo, sem o qual nada se diria, permite a veiculação cifrada que o envolve, produzindo o deslizamento substitutivo deste inapreensível, coincidindo com ele, sem equivaler a ele: *há um*.

Imaginário: Trata-se do reflexo dessa coisa, pelo que a representação responde, suspendendo este deslizamento com uma intuição, com um sentido que toma corpo. O imaginário faz a consistência do que o rodeia na mesma relação em que é capturado pela imagem do seu corpo. O imaginário é a condição de representação desse ponto e de sua circulação, no que ele é “como se fosse x”, parecido com outros e, portanto, dessemelhante a outros: *Há semelhança*. É o que lhe atribui uma relação definível, que o liga a outros, consistindo numa rede de semelhanças e dessemelhanças. A realidade deste representável lhe permite deslocar-se de representação em representação, atribuindo-lhes propriedades de semelhança e de dessemelhança.

Dessa maneira, faz-se importante salientar as implicações da pesquisa em psicanálise que, desde Freud, não se reduz à aplicação de uma técnica (o que reconduziria sua aplicação ao universal e não ao singular), pois a psicanálise é transmitida a partir da articulação da clínica, da teoria e da investigação. Na clínica, a transmissão do método psicanalítico é realizada a partir da interseção entre o analisante, o analista e as manifestações inconscientes.

No que diz respeito à transmissão em psicanálise, pode-se marcar a diferença entre a técnica e o método, posto que, enquanto a técnica opera com princípios que instruem o manejo científico, o método traz a marca singular do sujeito que realiza a transmissão, dado que cada analista tem seu próprio estilo. Cada pesquisador possui um modo próprio de transmitir a psicanálise e o seu saber *não todo*. Como nos lembra

Vorcaro (2018), “transformar o atendimento clínico em um lugar de interrogação sobre a própria teoria psicanalítica e sobre sua transmissão convoca o clínico a suportar o insabido [...]” (p. 43).

O lugar do saber, tão importante em pesquisas científicas, tem, na psicanálise, um lugar apenas suposto. Nas palavras da autora:

O psicanalista tem uma relação direta com o saber do sujeito suposto. Ele nada sabe desse saber suposto, mas ele tem um saber “em reserva”, que lhe permite ordenar logicamente o não sabido. É o não saber do clínico que permite ao sujeito a iniciativa de construir seu projeto de saber. (Vorcaro, 2018, p. 43)

Dessa forma, o não saber do analista, auxilia o analisante na possibilidade de construir um saber próprio sobre si. Esse trabalho [analítico] só é possível de ser realizado a partir do estabelecimento da transferência entre o analisante e o analista. É a transferência que dá suporte para que o sujeito se depare com a angústia de que não sabe tanto de si a ponto de buscar em um outro as respostas para suas questões. Entretanto, a despeito de inicialmente o analisante demandar essas respostas ao analista, supondo nele um saber, estas não serão respondidas por ele. Contudo, à medida que permitem localizar a demarcação de um lugar, o próprio analisante poderá situá-lo como um saber inconsciente.

Caso se considere que, de certa forma, a escuta da fala do analisante pode produzir efeitos sobre o que até então era insabido, talvez se possa tomar os escritos freudianos como textos cujos enigmas podem ser interrogados por uma leitura que destaque algumas obscuridades porventura demarcáveis a partir do que a clínica convoca o leitor, e que esta pesquisadora possa chegar a decifrar o que a interroga.

A partir dessa hipótese, propõe-se articular os elementos ainda dispersos na obra freudiana, relativos à maternidade. Pode-se tomar o texto freudiano como lugar de um saber ainda em espera, que exige novas releituras para dele depurar o que resta insabido. Partindo desse princípio da potência de um discurso atravessado por nuances obscuras não totalmente desdobradas, que convida a focalizar a função da maternidade para a mulher, investigarei o que ela perde quando seu filho não nasceu. As ligações do que essa perda pode revelar talvez sejam modos de suplantar a perda primordial do objeto, e, por isso, pretendo lançar alguma luz sobre a relação entre a fisiologia e o psiquismo

da mulher, sobre a conjugação do narcisismo ao amor objetal e sobre a distinção e a articulação entre os objetos narcísicos e pulsionais.

Em consonância com os pressupostos da pesquisa em psicanálise, optei por situar esta investigação a partir dos seguintes elementos: um *objeto* (a perda implicada em um filho que não nasceu) como aquilo a ser construído neste trabalho; um *método*, que se configura *a posteriori*, na medida em que este vai contra a ideia de que o sucesso de um problema proposto possa ser totalmente predeterminado; e uma *experiência*, que escapa à lógica do que seria reproduzido em laboratório, mas é insistente implicitamente.

4.2 A constituição do feminino e a maternidade

É importante lembrar que a mulher e a mãe de agora foi bebê e filha anteriormente, ou seja, foi cuidada por uma mãe. Sendo assim, a relação dessa mulher com o passado e com a maternidade impacta seus laços com os bebês que ela poderá vir a ter um dia. Segundo Freud (1931/2010; 1933/2010), o percurso do desenvolvimento sexual feminino e as escolhas objetais influenciarão a relação das mulheres com a maternidade. Considerando que esta dissertação se origina a partir da realidade material de uma prática clínica no hospital-maternidade e que esta experiência coloca em jogo a dimensão da realidade psíquica da mulher na posição convocada pela maternidade, a diferenciação freudiana entre realidade material e realidade psíquica se faz aqui obrigatória. É desse lugar que partirei no estudo da feminilidade na maternidade.

Conforme apontam Leandro, Couto e Lanna (2013), a existência de diferentes tipos de realidade é reconhecida por Freud desde 1895, quando ele denomina uma “realidade do pensamento” e uma “realidade externa”. Ao discorrer sobre os sonhos, Freud (1900/2019) também aponta que “o inconsciente é a verdadeira realidade psíquica, *tão desconhecido para nós, em sua natureza íntima, quanto a realidade do mundo externo*” (p. 607, grifos do autor). Nesse mesmo texto, sublinhando, então, a existência da realidade psíquica, ele conclui: “vendo os desejos inconscientes reduzidos à sua expressão última e mais verdadeira, pode-se dizer que a *realidade psíquica* é uma forma de existência especial, que não deve ser confundida com a realidade *material*” (p. 614, grifos do autor).

Desde o início da constituição feminina, constata-se, no discurso social, a aderência entre o feminino e a maternidade. Mesmo que Jerusalinsky (2011) focalize as transformações da interação das mulheres, que vêm produzindo mudança em seus modos de acesso à realização fálica, deixando, portanto, a maternidade como uma escolha entre tantas outras, no decorrer da sua vida, a mulher depara-se com impasses que colam os papéis de mãe e de mulher dos quais nem sempre ela consegue se desvencilhar. Efetivamente, como demonstra Fonseca (2018), o “tornar-se mulher” pode ser concebido “como um movimento contínuo e singular para cada menina. A maternidade pode se inscrever como uma das respostas possíveis para esse incessante questionamento do ser mulher” (p. 82).

A autora recupera, das assertivas psicanalíticas, que o filho pode ser localizado, por muitas mulheres, como o que preencheria suas necessidades, e tudo na vida do sujeito tende a girar em torno disso. Na medida em que representaria a essência da inerente falta feminina, o filho representaria esse lugar de suplência, na posição de falo. Guimarães (2014), fundamentada em Lacan (1966/1998), retoma a noção de falo atribuindo-lhe a condição de função: “a função do falo se encontra no coração da nossa experiência, porque ela remete ao vazio incluído no coração da demanda, isso que faz sua repetição eterna, isso que constitui a pulsão” (p. 143).

Para melhor compreender as relações entre as questões femininas relativas ao que lhe falta, articulando-as à possível representação da perda do bebê para uma mulher, é importante trilhar os processos relativos à constituição feminina, de modo a ultrapassar a vivência clínica concreta do hospital-maternidade, por meio do acesso à realidade psíquica da mulher que, ali, coloca-se em jogo. Talvez, nessa direção, poderei equacionar uma das possíveis respostas para o caso específico aqui apresentado, a saber: que a notícia do falecimento do bebê desencadeie o planejamento imediato de uma próxima gestação.

Investigarei, então, como a teoria freudiana contempla a realidade psíquica da mulher.

4.2.1 A escolha da mulher pela maternidade

Freud (1905/2016) situa a escolha subjetiva do objeto sexual a partir das relações que a criança estabeleceu com os pais, o que explicaria o fato de a primeira

escolha sexual dos jovens recair sobre uma pessoa mais madura, com características de autoridade, que reavivaria no sujeito sua relação com os pais. Assim, ao tematizar os efeitos ulteriores da escolha de objeto infantil, ele afirma que ninguém escapa inteiramente da influência de uma fixação incestuosa da libido, por meio de enamoramento por figuras capazes de reanimar retratos de sua mãe ou de seu pai, do modo que predominou em sua mente desde a primeira infância. Enfim, as relações entre uma criança e seus pais têm importância determinante na escolha de um objeto sexual, e, por isso, Freud (1905/2016) entende que os distúrbios dessas relações produzem graves efeitos em sua vida sexual adulta. Ciúme, brigas e infelicidade no casamento dos pais também preparariam as bases para a mais grave predisposição a distúrbios de desenvolvimento sexual ou a doenças neuróticas.

A despeito de Freud (1914/2010a) não tocar especificamente na maternidade ao discorrer sobre o narcisismo, vale a pena abordá-lo na medida em que ele situa, de modo geral, o efeito psíquico dos filhos sobre os pais, indicando a prevalência de uma ordem narcísica orientadora dos cuidados da prole. Assim, ele reconhece as atitudes ternas dos pais com seus filhos como uma revivescência de seu próprio narcisismo há muito tempo abandonado. Dessa forma, os pais exaltam características (que para outros observadores são banais) como perfeições e ocultam os defeitos. Os genitores buscam também proporcionar aos filhos tudo o que não foi possível a eles enquanto eram crianças. Dessa perspectiva, os pais, enxergando-se em seus filhos, dão-se uma nova chance para neles se prolongarem. Segundo Freud (1914/2010a),

His Majesty the Baby, como um dia pensamos de nós mesmos. Ele deve concretizar os sonhos não realizados de seus pais, tornar-se um grande homem ou herói no lugar do pai, desposar um príncipe como tardia compensação para a mãe. No ponto mais delicado do sistema narcísico, a imortalidade do Eu, tão duramente acossada pela realidade, a segurança é obtida refugiando-se na criança. O amor dos pais, comovente e no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo dos pais renascido, que na sua transformação em amor objetual, revela inconfundivelmente a sua natureza de outrora. (p. 37)

Efetivamente, essa afirmação contempla o que se pode supor do efeito da própria perda narcísica implicada na morte de um filho: representando para os pais uma continuidade, tal perda representa também o fracasso de um investimento narcísico já transformado em amor objetual, ou seja, que tem o filho como objeto. Como se daria essa passagem que transforma narcisismo em amor de objeto? O que permite essa

substituição? A aderência do amor próprio a um objeto de amor revelaria algo de não representável da fisiologia do corpo gestante que processou essa mistura genética a ponto de conceber sua perda como uma mutilação concreta?

É o próprio Freud (1930/2010) que, em *O mal-estar na civilização*, responde, ao abordar as implicações da libido narcísica, cujo reduto original se constitui no Eu e nele investe, permanecendo como seu quartel general em certa medida: “essa libido narcísica volta-se para os objetos, torna-se então libido objetal e pode transformar-se novamente em libido narcísica” (p. 85). Constatam-se, assim, as transmutações de investimento em que o Eu e o objeto podem se mesclar, e até mesmo se confundir, no narcisismo que será atualizado no amor. O desamparo infantil desperta, para Freud (1930/2010), a nostalgia da proteção paterna.

Assim, o psicanalista aborda a permanência desse sentimento no decorrer de toda a vida, asseverando que ele “é duradouramente conservado pelo medo ante o superior poder do destino” (p. 25). O tema do desamparo é ainda desdobrado nesse mesmo texto que afirma encontrar-se, no adulto, a maior manifestação da desproteção: “nunca estamos mais desprotegidos ante o sofrimento do que quando amamos, nunca mais desamparadamente infelizes do que quando perdemos o objeto amado ou seu amor” (p. 39). Para Freud (1930/2010), enquanto a fome representa instintos que visam a manter o ser individual, “o amor procura pelos objetos; sua função principal, favorecida de toda maneira pela natureza, é a conservação da espécie” (p. 84).

Dessa forma, pode-se supor que, no caso da mulher que resente a falta de seu bebê antes que este tivesse nascido, a mãe antecipa aí a perda do amor que este objeto lhe dispensaria, bem como a do próprio objeto de seu amor. Por esses investimentos ao mesmo tempo narcísicos e objetais, é admissível conceber que essas apostas perdidas impliquem aí a perda de uma parte de si. Interroga-se ainda se a significação dada ao filho como continuidade narcísica seria um modo de atenuar o desamparo frente à finitude.

Um feto que não sobrevive a partir da 22ª semana de gestação, ainda no ventre materno, implica imperativamente na separação do corpo da mulher por meio de um parto. Nessas condições, independentemente da via pela qual o parto for realizado, o corpo da mulher-mãe precisará se recuperar do procedimento. Assim, ela terá que lidar tanto com a dor física gerada pelo procedimento médico quanto com a dor psíquica

gerada pela perda de seu bebê. Ao diferenciar angústia, dor e luto, Freud (1926/2014) se refere à condição de passagem de uma dor física para uma dor psíquica, explicitando essa transposição como correspondente a uma mudança de investimento: o caráter narcísico da dor física deve ser deslocado, transferindo a sensação de dor para seu caráter objetal, de âmbito psíquico. Entretanto, um objeto altamente investido pode desempenhar o papel do local do corpo investido pelo aumento do estímulo: “a natureza contínua do processo de investimento e a impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo psíquico” (p. 123).

Pode-se considerar, a partir do escopo desta dissertação, que a perda do filho natimorto abrange um condensado talvez pouco delimitável desse tipo de dor, “que não pode mais ser precisamente definido” (Freud, 1926/2014, p. 123), ou seja, a dor do parto do filho morto implica diretamente a dor do corpo materno sendo, ao mesmo tempo, a dor psíquica da perda do objeto no qual a mãe investe toda sua libido. Para Freud, “cabe ao luto a tarefa de executar esse desprender-se do objeto em todas as situações em que o objeto era alvo de grande investimento” (p. 123). O luto, conforme assevera o psicanalista, surge por influência do exame da realidade que exige que o indivíduo se separe do objeto. Seu caráter doloroso se deve, portanto, à necessidade de dissolver o investimento elevado e irrealizável que preside a ligação com um objeto que não existe mais.

Se a perda de seu bebê implica uma identificação a ele e, portanto, ocasiona a morte de uma parte de si mesma, pode-se constatar que, nesse caso, seria preciso um trabalho de luto em duas instâncias: a da perda objetal de seu bebê e também a da perda narcísica de sua parte de maternidade.

Interessa, neste contexto, também desdobrar a afirmação freudiana de que a principal função do amor ao objeto filho é a conservação da espécie (Freud, 1930/2010). Afinal, o psicanalista supõe que algo da espécie favoreceria esse amor. Se as explicações freudianas sobre o psiquismo preservam certo aporte a uma referência orgânica, genética, hormonal e funcional, que lhe permite até mesmo articular a ontogênese à filogênese (Ferretti, 2014), pode-se, por um lado, atribuir esse fator à localização, feita por Freud, de algo que escapa à teoria como um núcleo real de impossível transposição simbólica, que só admite especulações míticas.

Entretanto, por outro lado, pode-se também refletir sobre a incidência, nos pais, dos efeitos imaginários causados pela materialidade implicada na transmissão propriamente genética. Uma concepção por meio de relação sexual ou mesmo através de inseminação artificial, quando os pais são os doadores dos produtos genéticos, gera bebês que carregam suas características e, em geral, são supostas por eles como capazes de conduzir algo além de suas marcas biológicas (como semelhanças físicas objetivas). Os pais, geralmente, incluem, nessa carga biológica, seus próprios modos de comportamento social, apesar de estes serem fatores supostos, mas indeterminados cientificamente. A carga genética, portanto, ultrapassaria a herança transmitida pela experiência familiar e cultural como um saber. Assim, ao se reconhecerem por semelhança de imagem, nos filhos, a transmissão geracional da cultura é suposta, pelos pais, apoiada pela transmissão genética.

Vale ainda considerar a especificidade do investimento da mulher em um filho, a partir do prisma do óbito de um feto. Na realidade psíquica materna, trata-se da perda de seu bebê, no qual ela reconhece uma produção narcísica própria. Não será raro que ela se identifique com este objeto perdido, morto, e por isso precisará também deixar morrer uma parte de si mesma. A dificuldade de delinear o objeto perdido no processo de luto do bebê natimorto sofre, todavia, o acréscimo de um outro marcador: a situação em que o bebê, morto, ainda habita o corpo materno. Nesse caso, ela é a sepultura provisória que carrega consigo a própria maternidade e seu produto, que, até então, estava acolhido no ventre. Ressalta-se ainda que seu sofrimento nem sempre é reconhecido no contexto social, na medida em que, objetivamente, a maternidade está associada à presença de um filho. No caso da mãe do bebê natimorto, esse filho só se presentifica como ausente, já morto, e só estará com ela enquanto ela mesma for sua sepultura provisória.

Pode-se supor que há, portanto, uma ruptura brusca de estado feminino, a mulher e gestante passa da plenitude, momento no qual carrega seu bebê no ventre e aposta seus investimentos narcísicos, tendo anexo a seu corpo o falo (colocado em função pelo feto), ao momento no qual recebe a notícia da morte de seu bebê e passa a ser essa sepultura viva da promessa da maternidade.

Afirmando servir-se de sua escrita para isolar com mais cuidado o que já havia dito, em seu texto *Sobre a sexualidade feminina*, Freud (1931/2010) ressalta alguns

aspectos da mulher, recolhidos do que ouviu delas em análise. Devido à racionalização incompreendida dos seus sentimentos, a mulher é capaz de se queixar de ter recebido muito pouco da mãe durante a infância; de ter sido amamentada por pouco tempo; de ter sido seduzida pela mãe e que, depois, esta teria lhe impedido a masturbação; de a mãe não ter lhe dado o genital correto, além de tê-la obrigado a dividir seu amor com outros, irmãos e pai.

Entretanto, Freud (1931/2010) adverte que todas essas queixas parecem insuficientes para justificar a hostilidade atual que a mulher preserva em relação a sua mãe. Vale notar que, para abordar o feminino, Freud tenha se voltado para sua oposição ao homem, dizendo que “a contínua comparação com situações no caso do homem certamente será interessante para a nossa apresentação” (p. 288).

Considerando primeiramente sua assertiva da bissexualidade constitutiva humana, ele afirma que esta “aparece muito mais nitidamente na mulher do que no homem” (p. 289). Enquanto a sexualidade masculina é orientada por uma única zona sexual, a mulher possui a vagina e o clitóris, que é definido como análogo ao pênis e que se prolonga como clitóris viril na vida sexual de modo não ainda compreendido: “não sabemos como se justificam biologicamente essas peculiaridades da mulher; e ainda menos podemos atribuir-lhes um propósito teleológico” (p. 289).

Vale recuperar que a oposição entre masculino e feminino abordada nesse texto sobre a feminilidade é ressaltada nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, no qual Freud (1905/2016) diferencia três sentidos dessa oposição:

É indispensável compreendermos claramente que os conceitos “masculino” e “feminino”, cujo teor parece tão inequívoco para a opinião geral, estão entre os mais confusos da ciência, podendo ser decompostos em pelo menos três orientações diversas. Emprega-se “masculino” e “feminino” ora no sentido de *atividade* e *passividade*, ora no sentido *biológico*, e também no *sociológico*. O primeiro desses significados é o essencial, e o mais proveitoso na psicanálise. Em conformidade com ele foi que designamos a libido [...] como masculina, pois o instinto é sempre ativo, mesmo quando coloca para si uma meta passiva. O segundo significado, o biológico, é aquele que permite a definição mais clara. Nele, masculino e feminino são caracterizados pela presença de espermatozoides ou óvulos, respectivamente, e pelas funções que deles decorrem. [...] O terceiro significado, o sociológico, nasce a partir da observação dos indivíduos masculinos e femininos em sua existência efetiva. Tal observação mostra que, no caso do ser humano, nem no sentido psicológico nem no biológico se acha uma pura masculinidade ou feminilidade. (p. 139, nota de rodapé acrescentada em 1915)

A oposição masculino e feminino é abordada em *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (Freud, 1925/2011a): “todos os indivíduos, graças à disposição bissexual e à herança genética cruzada, reúnem em si caracteres masculinos e femininos, de modo que a masculinidade e a feminilidade puras permanecem construções teóricas de conteúdo incerto” (p. 298). Para Freud, portanto, a diferenciação pura entre os sexos só está estabelecida nas células germinativas. Como destaca Gaufey (2015), “essa força genética do humano reforça a opinião comum sobre a ideia de uma diferença irreduzível, porque se sabe que ela está inscrita na intimidade microscópica de cada uma de nossas células” (p. 39).

Ao abordar as possibilidades do desenvolvimento sexual feminino, Freud (1931/2010) explicita os efeitos da castração na mulher, afirmando que ela os reconhece e “com isso também a superioridade do homem e sua própria inferioridade, mas também se revolta contra essa situação desagradável” (p. 291). A partir da castração, três possibilidades se abrem para a mulher. A primeira é que, percebendo a inferioridade do clitóris em relação ao pênis do menino, ela reprime a vida sexual e mesmo as atitudes masculinas frente a outros campos. Uma segunda possibilidade é a rejeição de tal inferioridade: esperando tardiamente ainda ser contemplada com um pênis, tem uma atitude masculina, dando origem ao “complexo de masculinidade”, o que, em alguns casos, resulta na homossexualidade. A terceira possibilidade desemboca na normal configuração feminina (Freud, 1931/2010). Parece, aos olhos do psicanalista, que a feminilidade definitiva só poderia ser tomada a partir da escolha objetual direcionada ao sexo oposto, o que providencia o ingresso da menina no complexo de Édipo.

Retornando à castração, Prates (2001), em seus estudos sobre a organização genital infantil, fundamentado em Freud, afirma: “só se pode falar em complexo de castração quando a representação de uma perda une-se ao falo” (p. 36). Entendendo o bebê como substituto do falo, posso supor que quando a mãe perde um bebê é a castração que ela revisita.

Quando a mulher, dizendo aqui uma por uma, deseja um filho, ela se recorda. Recorda em ato, na atualidade, de uma moção psíquica, de um voto interior. Esse voto então é restabelecido, mesmo sem ter ciência de que o faz. O produto desse desconhecimento é o bebê. Toda criança real é filha do desejo. A mulher madura que deseja um filho está confrontada com a revivescência de um voto edipiano. Ela busca,

no real do filho cobiçado, a figura desse objeto primitivo, uma busca por reencontros palpáveis (Assoun, 1991).

Reconhecendo a ambiguidade sistemática entre amor e ódio, Freud (1931/2010) também afirma que, em um primeiro casamento de mulheres jovens apaixonadas, a atitude amorosa fracassaria tanto quanto com a mãe “em virtude dos inevitáveis desenganos e do acúmulo de ocasiões para a agressão” (p. 297). Um segundo casamento poderia superar esses limites. Reafirmando que a psicanálise o ensinou “a conceber uma única libido para mulheres e homens, ressaltando que só as metas, ou modos de satisfação são ativos ou passivos” (p. 303), o psicanalista aponta que a atividade fálica é ressaltada na mulher, além da insistente e complexa relação com a própria mãe.

Pode-se concluir, desse texto, que, a despeito dos processos em jogo na subjetivação feminina, ele quase se limita a abordar os avatares que antecedem o tornar-se mulher. Veremos, na Conferência *A feminilidade* (1933/2010), a explicitação da dificuldade freudiana em abordar a mulher. Desde os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, fazendo uma diferenciação entre a sexualidade feminina e a masculina, Freud (1905/2016) aponta aspectos desse problema:

a importância do fator da superestimação sexual pode ser mais bem estudada no homem, pois apenas a sua vida amorosa se tornou acessível à pesquisa; a da mulher ainda está envolvida numa obscuridade impenetrável, em parte devido ao estiolamento causado pela civilização, em parte devido à convencional reserva e insinceridade das mulheres. (p. 43)

Ainda no mesmo texto, o autor acrescenta algo sobre a maternidade que nos interessa, em uma nota feita em 1920: há na mulher uma ausência de superestimação sexual dirigida ao homem, “mas quase nunca ela deixa de mostrá-la em relação ao filho que gerou” (p. 43). Essa constatação de Freud sobre o fato de a mulher mostrar a superestimação do filho gerado me remete novamente à pergunta desta pesquisa: o que ocorre com a mulher quando seu filho morre, ou seja, de que perda se trata quando a geração de um filho não implica em seu nascimento?

Vescovi (2021), citando a mesma passagem dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, pontua que, mesmo diante da obscuridade da vida sexual das mulheres, Freud não deixa de perceber a dimensão da relação da mulher com seu filho, bem como o lugar de objeto supervalorizado que o bebê poderia vir a ocupar para sua mãe. Como

percebemos na clínica, essa supervalorização também é direcionada ao bebê depois de morto, mesmo que essa morte aconteça antes do seu nascimento.

Na conferência sobre *A feminilidade*, Freud (1933/2010) salienta que é um equívoco a conclusão de que as características passivas sejam provenientes do sexo feminino enquanto as ativas do masculino. Segundo o autor, pode-se fazer essa referência apenas no que diz respeito ao encontro sexual, no qual o óvulo feminino está estático e os espermatozoides masculinos vão em sua direção. Ele afirma que nem mesmo os cuidados com a cria devem ser tomados como função feminina, fazendo uma analogia a algumas espécies de animais macho e fêmea que dividem a criação dos filhos e a outras em que o macho se responsabiliza por ela.

Entretanto, Freud (1905/2016) também considerou que a mulher, na posição de mãe, dedica sentimentos à sua cria que se originam de sua própria vida sexual, nas palavras do psicanalista:

acaricia, beija e embala a criança, claramente a toma como substituto de um objeto sexual completo. [...] evita cuidadosamente proporcionar mais excitações aos genitais do filho do que o que parece inevitável na higiene corporal. Mas o instinto sexual não é despertado apenas pela excitação da zona genital, como sabemos; [...] Ela está apenas cumprindo sua tarefa quando ensina a criança a amar [...]. (p. 144-145)

Não é, portanto, desavisado que Freud (1933/2010) retoma o período no qual ainda acreditava na teoria da sedução, quando suas pacientes mulheres relatavam terem sido seduzidas por seus pais. Ele constatou que esses relatos eram falsos, derivados de fantasias de sedução pelo pai, a expressão do típico complexo de Édipo. Em contraponto à fantasia de sedução pelo pai, na fase pré-edípica da menina, a sedutora é a mãe. No entanto, segundo o autor: “a fantasia toca no terreno da realidade, pois foi realmente a mãe que, nos procedimentos de cuidados corporais, estimulou, e talvez tenha despertado pela primeira vez as sensações de prazer nos genitais” (p. 324).

Fazendo uma analogia entre os comportamentos femininos e os masculinos relacionados à inveja, Freud (1933/2010) explica que o excesso da inveja feminina teria origem na inveja do pênis: “não é que essas características estejam ausentes nos homens, ou que nas mulheres elas não tenham outras raízes além da inveja do pênis, mas estamos inclinados a atribuir a essa última influência o excedente que há nas mulheres” (p. 330).

Assoun (1993) conclui que a maternidade, para a mulher, não é a realização de um processo natural, significa “confrontar-se de um só golpe” com o lote dos conflitos femininos. Para o autor, o desejo de um filho é o indicativo que o nó fora desatado. “Sua emergência coincide com a dissolução do esplendor do objeto imaginário primitivo” (p. XVIII).

Quando, mais tarde, a mulher engravida, esse desejo pode ser realizado. Contudo, Freud (1933/2010) salienta que isso ocorre particularmente se o bebê esperado for um menino, que traz consigo o pênis almejado: “assim, o antigo desejo masculino de possuir um pênis ainda opera através da feminilidade consumada. Mas talvez devamos antes reconhecer esse desejo de pênis como um desejo feminino por excelência” (p. 334). Dessa forma, “só a relação com um filho (bebê do sexo masculino) traz à mãe uma satisfação ilimitada; de todas as relações humanas, ela é absolutamente a mais perfeita e mais isenta de ambivalência” (p. 340).

O autor ainda salienta um outro ponto, dirigido à explicação dos desdobramentos da inveja do pênis na mulher. Para Freud (1933/2010), a feminilidade tem um grau maior de narcisismo e este também influencia sua escolha objetal, de maneira que, para a mulher, ser amada é uma necessidade mais forte que amar. A inveja do pênis também influencia a vaidade física da mulher, ela valoriza ainda mais os encantos dessa vaidade como compensação da inferioridade sexual originária: “atribuímos o propósito originário de ocultar o defeito do genital à vergonha, considerada uma característica feminina por excelência, mas que é muito mais convencional do que se poderia pensar” (p. 338). Pontua a relevância dada por Freud à técnica inventada pela mulher de trançar e tecer, enquanto contribuição da mulher à humanidade, a partir dos pelos que recobrem as áreas genitais. “O passo que faltava dar era fazer os fios, que estavam espetados na pele e só se emaranhavam, unirem-se uns aos outros” (p. 338).

Assoun (1993) versa sobre a questão do desejo do filho que, para o autor, impõe-se a todas as mulheres como prova de um laço que deve ser desatado e um acesso que perpassa o amor pelo homem, a um mais-além realizado do anseio fálico (o que é renegado pelo artifício representado pelo desejo maquinal de ter um filho). Nas palavras do autor, desejo maquinal “que se pretende essencialmente sem sujeito” (p. VIII). Entendo o que o autor chama de “desejo maquinal de ter um filho” como um desejo que independe do sujeito que esse filho possa vir a ser, o desejo cru, sem objeto,

desejo no qual o produto da realização (gestação) ainda não está aí implicado. Penso que seria admissível entender que esse objeto faz aí as vezes da função do objeto narcísico.

Na teoria freudiana de que é mais importante para a mulher ser amada do que amar, deparamo-nos com o lugar da mulher no contexto social e toda a trama tecida para que ela seja posta nesse lugar de objeto, no qual ela é colocada e a ele adere. Freud (1927/2014), em seu texto sobre o fetichismo, faz uma análise do momento no qual o menino percebe que a mãe é fálica e não se atém a esse fato até se deparar com a ameaça de castração. Para suportar a hipótese da mulher como castrada, o fetiche aparece como substituto ao pênis da mãe. Nas palavras do psicanalista: “o fetiche é o substituto para o falo da mulher (da mãe), no qual o menino acreditou e ao qual — sabemos por quê — não deseja renunciar” (p. 304). Ainda evidenciando tal objetivação, Freud faz uma analogia entre o fetichismo e a mutilação que a cultura chinesa impõe ao pé feminino, que deve conservar um pequeno tamanho. “É como se o homem chinês quisesse agradecer à mulher por se haver submetido à castração” (p. 310).

Para o psicanalista, a mulher pode resgatar sua relação primária com a mãe, bem como reproduzir a infelicidade do casamento parental:

Sob o impacto da própria maternidade, pode ser revivida uma identificação com a própria mãe, contra qual a mulher havia se rebelado até o casamento, e atrair para si toda libido disponível, de maneira que a compulsão à repetição reproduz um casamento infeliz dos pais. (Freud, 1933/2010, p. 339)

Interessa, entretanto, interrogar o que ocorre quando essa identificação com a mãe não chega a se realizar, pois seu bebê não nasceu (voltando à pergunta principal desta pesquisa). Seria possível atribuir outros desdobramentos da compulsão à repetição, posta em jogo na função do luto diante da perda de um filho? Ela poderia incidir sobre outras relações da mulher?

Enfim, ressalta-se que Freud (1933/2010) parece estar, ao final dessa conferência, constrangido, e atribui à feminilidade um caráter fragmentário e incompleto. Assim ele a finaliza: “se quiserem saber mais sobre a feminilidade, então perguntem às suas próprias experiências de vida, ou voltem-se aos poetas, ou esperem até que a ciência possa lhes dar informações mais profundas e mais bem articuladas” (p. 341).

Parece-me importante notar, nesse texto, que Freud, aos 70 anos de idade, durante uma sessão com a analisante Marie Bonaparte, informou-a: “a grande questão sem resposta, à qual eu mesmo nunca pude responder apesar dos meus 30 anos de estudos da alma feminina, é a seguinte: O que quer a mulher?” (Bertin, 1989, p. 250). Como lembra Assoun (1993), não se pode tomar tal interrogação apenas como reconhecimento de um fracasso, posto que ela evidencia muito mais a constatação de haver, na mulher, algo que ultrapassa a sistematização teórica em sua busca de universalização. Afinal, nessa interrogação está posta a afirmação do artigo definido “a” para situar “mulher”, o que franqueia a leitura de não ser possível aplicar o pronome indefinido plural “todas” ao gênero “mulher”, pois, em psicanálise, só se trata delas uma a uma, como asseverou Lacan (1972-1973/1982), na medida em que há, nelas, algo impossível de ser generalizado. Não se entende, portanto, haver resposta linear a esse questionamento do psicanalista. Por isto, buscarei, no decorrer deste trabalho, apenas melhor circunscrever o desejo que poderia estar implicado no querer de “algumas” mulheres assoladas pela perda de um filho que nasceu morto.

4.2.2 Puberdade e adolescência femininas

Longe de se restringir a uma manifestação fenomenológica da sexualidade, a transposição da masturbação para a realização do ato sexual, operada na passagem da criança ao adulto, implica o deslocamento da libido dos seus objetos primários para os objetos secundários, e um tempo de latência é exigido para compreender a castração. Apesar de atribuir muita importância à latência e à puberdade, Freud (1905/2016) afirma que o essencial está cumprido com o Édipo, por volta dos cinco anos:

A inclinação infantil para seus pais é sem dúvida a mais importante, porém não a única, das sendas que, renovadas na puberdade, marcam o caminho para a escolha de um objeto. Outros pontos de partida com a mesma origem possibilitam ao homem, apontando-lhe sempre da sua infância, desenvolver mais de uma série sexual e plasmar condições totalmente variadas para a eleição de objeto. (p. 152)

Assim, Freud (1905/2016), em seu texto os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, conceitua as manifestações sexuais a partir da puberdade após a latência. O traço do afeto de uma criança por seus pais é revivido na puberdade, indicando o caminho para sua escolha de um objeto, mas a mesma origem primitiva possibilita

desenvolver mais de uma linha sexual, estabelecendo condições muito variadas para sua escolha de objeto. Assim, os primeiros impulsos após a puberdade são desorientados, mas não provocam danos permanentes. É com hesitação que a escolha de objeto encontra seu caminho até o sexo oposto, e a inversão responde a um número não pequeno de pessoas. Relações competitivas com os pais, educação por pessoas do sexo masculino, nos homens, e a hostilidade com o próprio sexo, devido à tutela materna exacerbada, influenciam decisivamente a escolha de objeto homossexual. De acordo com o psicanalista, a perda prematura de um dos pais e a absorção total do amor da criança pelo genitor remanescente determinam o sexo da pessoa que será mais tarde escolhida como objeto sexual e pode abrir caminho para a inversão permanente.

O autor consegue atribuir uma evolução na manifestação sexual masculina que durante a infância tinha como satisfação o próprio corpo, mas, enquanto púbere, busca um objeto externo. Ainda no mesmo raciocínio, explicita que “o maior montante de prazer está ligado ao ato final do processo sexual. O instinto sexual se põe agora a serviço da função reprodutiva” (Freud, 1905/2016, p. 122).

Partindo da evolução masculina da sexualidade, o psicanalista informa que a percepção da sexualidade feminina é de que há uma espécie de involução, causada por uma nova onda de repressão, negando sua sexualidade. Nas palavras do autor: “o homem é mais coerente, e também mais acessível à nossa compreensão, enquanto na mulher há inclusive uma espécie de involução” (p. 121).

Assoun (1993) marca o ponto no qual Freud faz referência ao narcisismo da mulher na puberdade quanto ao desenvolvimento de seu corpo, como se a púbere se fixasse em seu corpo, de quem ama só a si própria ou prefere fazer-se amar. Ele esclarece que o surgimento desse corpo de mulher é exaltado, pois pode convocar o olhar do outro (paterno e, depois, masculino). “O amor pelo outro pode depender da imagem amorosa por ela despertada — como que a partir do seu nascimento — nesse outro” (p. XI).

Na continuidade dessa evolução sexual, ele salienta o crescimento dos órgãos sexuais masculinos e uma mudança da zona erógena feminina do clitóris para a vagina, enquanto o homem mantém a mesma zona desde a infância. Essas condições se ligam intimamente à natureza da feminilidade. O autor menciona então a possibilidade de o corpo feminino gerar um produto (o bebê) e de acolher esse produto para a formação de

um novo ser, “constituindo assim um aparelho altamente complicado” (Freud, 1905/2016, p. 123). Parece que, para o autor, a mulher não estaria pronta para a relação sexual como estaria para a maternidade.

Para Freud (1926/2014), a organização genital que fora interrompida na infância após o complexo de Édipo, seguido pelo período de latência, reinicia-se com grande vigor na puberdade. É importante lembrar que esse retorno retoma o caminho que havia seguido na infância.

Na conferência sobre a feminilidade, Freud (1933/2010) pontua a importância de abordar o desenvolvimento sexual feminino a partir de duas expectativas: a primeira é que a constituição feminina não se dará sem a revolta (de uma suposta inferioridade em relação ao menino) e a segunda é que ela se dará de forma definitiva antes da puberdade.

No campo social, após sua inserção na maternidade, a mulher acaba, por vezes, tendo que suprimir suas manifestações femininas e sua sexualidade devido ao comportamento que a cultura espera das mães. Entretanto, existe mulher para além da maternidade, inclusive na puberdade. É o que Marcos e Mendonça (2020) relatam, acerca da relação entre a mãe e a mulher, em uma instituição de acolhimento a mães adolescentes. A partir de um trabalho de escuta psicanalítica realizada nessa instituição, as autoras ressaltam a dificuldade do funcionamento institucional de dar espaço para que essas mães pudessem aparecer também como mulheres, como se fosse possível separar a mulher da mãe que ali fora acolhida. Assim, todas as manifestações vindas das adolescentes, que marcavam sua presença como mulher, com desejos não direcionados a seus filhos, eram tidas como inconvenientes em relação às normas da instituição.

Somos não-toda mães. Exibe-se a impossibilidade de encerrar o feminino na mãe. O gozo não é domável, ele escapa a normas e regras. A maternidade é frequentemente apontada como saída clássica em direção à feminilidade [...]. A maternidade não é capaz de encerrar a questão do feminino. (Marcos & Mendonça, 2020, p. 94)

Como a especificidade da adolescência franqueia a definição dentre as escolhas femininas? As monografias freudianas nos iluminariam a respeito delas? Seguirei pesquisando.

4.2.3 Latência

Freud (1905/2016) aborda o tempo de latência como fator constitucional:

Parece fora de dúvida que o recém-nascido traz consigo os germes de impulsos sexuais que continuam a se desenvolver por algum tempo, mas depois sucumbem a uma progressiva supressão [...]. Durante esse período de latência total ou parcial, são formados os poderes psíquicos que mais tarde se colocarão como entraves no caminho do instinto sexual e, ao modo de represas, estreitarão seu curso (a repugnância, o sentimento de vergonha, as exigências ideais na estética e na moral). Com as crianças civilizadas temos a impressão de que é obra da educação construir tais represas, e certamente a educação faz muito nesse sentido. (p. 78-80)

Atribuindo à latência um condicionamento fixado hereditariamente no organismo, que pode ocorrer sem o auxílio da educação, Freud (1905/2016) assevera:

Quando o carinho dos pais é bem sucedido ao evitar que o instinto sexual da criança desperte prematuramente — antes que estejam presentes as condições físicas da puberdade —, com tal força que a excitação psíquica abre caminho até o sistema genital de forma inequívoca, então ele pode cumprir sua tarefa de guiar a criança na escolha do objeto sexual, na época da maturidade. Certamente que o mais fácil, para a criança, seria escolher como objeto sexual as pessoas que ama desde a sua infância, com uma libido amortecida, por assim dizer. Com o adiamento da maturação sexual, porém, ganhou-se tempo para erguer, ao lado de outras inibições sexuais, a barreira contra o incesto, para acolher as prescrições morais que excluem expressamente da escolha objetual, como parentes sanguíneos, as pessoas amadas da infância. A observância dessa barreira é, antes de tudo, uma exigência cultural da sociedade, que tem de defender-se contra a absorção, pela família, dos interesses de que necessita para produzir unidades sociais mais elevadas, e por isso atua, com todos os meios, no sentido de afrouxar em cada indivíduo, especialmente no jovem, os laços com a família, que eram os únicos decisivos na infância. (p. 147)

Enfim, Freud afirma literalmente o que permite localizar o caráter bifásico da sexualidade. Nos acréscimos feitos aos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* em 1915, encontram-se outras maneiras de apresentar a questão dos “dois tempos da escolha de objeto”:

O seguinte processo pode reclamar o nome de típico: a escolha de objeto se realiza em dois tempos, em duas ondas. A primeira se inicia entre 2 e 5 anos e o período de latência a detém ou a faz retroceder: se caracteriza pela natureza infantil de suas metas sexuais. A segunda sobrevém com a puberdade e determina a conformação definitiva da vida sexual. [...] a eleição de objeto da

época da puberdade tem que renunciar aos objetos infantis e começar de novo como corrente sensual. (Freud, 1905/2016, p. 143)

Entre a sexualidade infantil e a sexualidade adulta, o período de latência implica no esquecimento da sexualidade infantil, e o sujeito trabalha sua inclusão no campo social. Assim, a aquisição de conhecimento operada pela sua educação, conduz a criança a deslocar-se do autoerotismo para enlaçar-se em outra erótica. Nessa perspectiva, a adolescência é um momento de passagem em que o sujeito procura saber o que perdeu na infância, aparelhando-se para o encontro com o outro sexo. Portanto, logo após a latência, a adolescência confrontará a desmontagem da promessa edípica, construindo uma outra versão de sua realização (Vorcaro, & Capanema, 2010).

4.2.4 Organização sexual infantil

No que se refere ao desenvolvimento sexual feminino e masculino, a figura materna é o primeiro objeto de amor estabelecido.

Situando distintas temporalidades (que podem ser coexistentes, progressivas, regressivas ou paralelas), a partir do que o termo “fases” permite supor na metapsicologia, Freud (1905/2016) explica sua teoria do desenvolvimento sexual infantil. Para o psicanalista, a primeira satisfação do neonato advém do movimento fisiológico de sucção, mais especificamente, daquela sucção que já não busca mais pelo alimento, mas movimenta toda cavidade oral embalando o sono do bebê: “a sucção deleitosa absorve completamente a atenção, e conduz ao adormecimento ou, inclusive, a uma reação motora da natureza de um orgasmo” (p. 83).

Freud aponta ainda que os lábios da criança se comportam como uma zona erógena anteriormente ligada à satisfação meramente orgânica da alimentação. Dessa forma, a atividade sexual se apoia em funções de conservação da vida, para, depois, trilhar seus próprios caminhos.

Portanto, na sucção, segundo Freud, encontram-se as três características essenciais de uma manifestação sexual infantil: apoia-se em uma função vital do corpo, não tem objeto sexual e é autoerótica, tendo sua meta dominada por uma zona erógena. A meta sexual infantil é a satisfação a partir da estimulação da zona erógena escolhida.

A necessidade de repetição da satisfação se apresenta de duas formas: uma sensação de tensão, que possui antes um caráter de desprazer, e um estímulo

condicionado que é projetado na zona periférica. “Seria questão de substituir a sensação de estímulo projetada, na zona erógena, pelo estímulo externo que anula a sensação de estímulo, ao gerar a sensação de satisfação” (Freud, 1905/2016, p. 90). Para ser anulado, um estímulo precisa de outro, produzido no mesmo local.

Assim como na zona oral, a zona anal a torna adequada por favorecer também outra função vital do corpo. Segundo Freud (1905/2016), essa zona mantém um grau considerável de suscetibilidade sexual ao longo da vida. Sua estimulação, pela criança, consiste em conter o bolo fecal, para que este se acumule, provocando contrações musculares e, na passagem pelo ânus, provoque grande estímulo na mucosa, como sensações de dor e de volúpia. “Um dos melhores indícios de futuro nervosismo ocorre quando um bebê se recusa obstinadamente a evacuar o intestino ao ser posto sobre o vaso, ou seja, no momento desejado por quem dele cuida, e reserva essa função para quando ele próprio desejar” (p. 92). O que lhe importa, nesse caso, é um prazer secundário ligado à defecação. O conteúdo intestinal ou o produto do intestino dos bebês é claramente tratado por eles como parte do próprio corpo, constituindo, segundo o psicanalista, o primeiro presente que contempla o querer do outro.

Deslocando, agora, para a parte contígua, portanto, a outra zona erógena do corpo da criança, o órgão genital, que, para Freud (1905/2016), não desempenha um papel principal, mas está destinado a desempenhar no futuro. As atividades dessas zonas, nos meninos e meninas, são, para o autor, o começo da vida futura sexual “normal”. O prazer que a estimulação nessa área do corpo produz é percebido pela criança e desperta, nela, a necessidade de repeti-lo, o que constitui a atividade que levará à masturbação infantil. Esse momento, no qual os genitais ainda não assumiram seu papel posterior, é nomeado por Freud (1905/2016) de organização pré-genital.

Dessa forma, pode-se entender que a vida sexual infantil é essencialmente autoerótica. Freud supõe que já na infância ocorre a escolha do objeto, como uma aproximação da forma definitiva da vida sexual após a puberdade. O autor entende que a escolha do objeto ocorre em dois tempos, os quais são separados pelo período de latência.

Já na infância se realiza, com frequência ou com regularidade, uma escolha de objeto que apresentamos como característica da fase de desenvolvimento da puberdade: em que todos os empenhos sexuais se dirigem para uma só pessoa, na qual buscam atingir suas metas. Esta é, então, a maior aproximação à forma

definitiva da vida sexual após a puberdade que é possível na época da infância. A única diferença está em que na infância a reunião dos instintos parciais e sua subordinação, sob o primado dos genitais, ou não são obtidas ou o são muito imperfeitamente. (Freud, 1905/2016, p. 110)

Esse texto traz a importante diferenciação entre a infância e a escolha do objeto para o sujeito já adulto, quando a obtenção do prazer ficará a serviço da função reprodutiva e os instintos parciais estarão sob o primado de uma única zona erógena, que busca alcançar um objeto externo.

Freud (1925/2011a) diferencia a percepção dos dois sexos quando o menino e a menina se deparam pela primeira vez com o genital do outro. O menino, quando visualiza a região genital da menina, pouco se interessa, nada vê. Somente depois, quando a ameaça de castração teve influência sobre ele, é que o evento é resgatado. Após essa revelação, o menino sai disso por meio do complexo de Édipo, temendo a castração. Com a menina é diferente: “ela viu, sabe que não tem e quer ter” (p. 291). A partir desse reconhecimento, a menina passa para uma nova posição. Em algum momento posterior, ela abandona o desejo de possuir um pênis e passa ao desejo de ter um filho, e então toma o pai como objeto amoroso. Esse ponto interessa à pesquisa por trazer a maternidade como saída para o feminino.

O psicanalista explicita que as brincadeiras com bonecas, no princípio, representam a relação da menina com sua mãe, na cena em que a menina representa a mãe e a boneca a representa. A partir do afloramento do desejo do pênis, a boneca desloca-se então ao papel de filha do pai e “a partir daí, torna-se a meta do desejo feminino mais intenso” (Freud, 1933/2010, p. 333). Com base no que foi exposto, Freud situa o destino da inveja do pênis nas determinações femininas. Para ele, “a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo do filho, portanto, se o filho entrar no lugar do pênis, de acordo com uma velha equivalência simbólica” (p. 333).

Como afirma Guimarães (2014, p. 140), “a mola da entrada na posição feminina é a decepção: o desejo do pênis, que a mãe lhe recusou, ela espera agora obter do pai. Mas em algum momento ela vai ter de renunciar à esperança que lhe dá seu esboço de órgão fálico.” Para a autora, é na relação fantasística que a castração intervém, como uma amputação simbólica de algo imaginário.

A partir de sua constatação de que a mulher é castrada, o menino pensa que ele também pode perder seu pênis. Para Freud (1927/2014), essa constatação desperta, no menino, uma porção de narcisismo de que a natureza dotou esse órgão. Desperta, portanto, um mecanismo designado pelo psicanalista como a palavra mais antiga da terminologia da psicanálise, o “recalque”⁷. Segundo Freud, a percepção permaneceu, mas uma ação enérgica foi realizada para sustentar a recusa. “Não é certo dizer que a criança, depois de fazer sua observação da mulher, manteve intacta a crença de que ela tem um falo. Conservou essa crença, mas também a abandonou” (p. 305). Para o psicanalista, este conflito entre a percepção e o desejo só é possível pela via do inconsciente. Na sua psique, a mulher continua tendo um pênis que não é o mesmo pênis de antes: algo ocupa seu lugar, substituindo-lhe, tornando-se o herdeiro do interesse que antes era dirigido a ele.

No entanto, uma particularidade, para a mulher, é que, com a constatação da ausência do pênis (castração) e a conseqüente percepção da diferença do órgão sexual de meninos e meninas, ela se sente desfavorecida por não ter um pênis. Dessa forma, direciona seu olhar à figura paterna, trocando assim de objeto, no intuito de que o pai possa lhe dar um pênis. Freud (1933/2010) afirma que “a situação feminina se estabelece apenas quando o desejo pelo pênis, ou seja, quando a criança, conforme uma velha equivalência simbólica, toma o lugar do pênis” (p. 333). Então, o desejo da menina de ter um pênis é substituído pelo desejo de ter um bebê, desejo esse que posteriormente poderá ser realizado através da maternidade.

Vescovi (2021) apresenta a hipótese de que o desejo de ter um filho do pai na infância é realizado na vida adulta quando a mulher tem um filho. Para a autora, isso pode ser explicado pela lógica freudiana que versa sobre o desejo da mulher, dessa forma, o desejo da menininha seria o desejo do pênis que se transforma em desejo de ter um filho do pai e esse, por sua vez, na vida adulta, passa a ser o desejo de ter um filho. Desse modo, Freud parece ter encontrado a resposta para o enigma da feminilidade (“O que quer uma mulher?”), a mulher quer ter um bebê (Vescovi, 2021). A partir dos esclarecimentos da autora, é possível pensar que a mulher, desde a mais tenra infância,

⁷ Na edição utilizada para esse texto, a palavra usada é repressão, mas, por entender a palavra “recalque” como melhor tradução para explicar o processo, optei por usá-la.

trabalha para transformar seu desejo em um desejo possível, aqui, pensando na maternidade como realização.

Freud (1924/2011a), no texto dedicado à dissolução do complexo de Édipo no menino, relata a constatação da menina da inferioridade de seu clitóris, quando comparado ao pênis do menino, e explica:

A renúncia ao pênis não é tolerada sem uma tentativa de compensação. A garota passa — ao longo de uma equação simbólica, poderíamos dizer — do pênis ao bebê, seu complexo de Édipo culmina no desejo, longamente mantido, de receber do pai um filho como presente, de lhe gerar um filho. (p. 212)

No texto de Freud (1908/2015), *Sobre as teorias sexuais infantis*, pode-se perceber o percurso da investigação infantil sobre a origem dos bebês. O autor aborda o questionamento infantil de como os bebês podem sair de uma atividade realizada pelos pais e, a partir da interrogação, manifestam esse interesse nas brincadeiras infantis, nas fantasias de serem eles mesmos pais de um bebê algum dia.

Para Freud (1908/2015), a curiosidade que leva a criança à investigação da pergunta “de onde vêm os bebês?” não ocorre de maneira espontânea. A busca infantil sobre a origem dos bebês surge na necessidade egoísta que os governa. A criança, após ter um irmão ou perceber a chegada de um bebê em outra família, busca entender de onde veio o novo ser. Para o autor, as fantasias utilizadas pelos adultos para explicar a origem dos bebês às crianças nem sempre fazem sentido para elas, que vivem, nessa oportunidade, seu primeiro conflito psíquico. A criança aceita a fantasia contada pelos adultos para ser uma criança boazinha e suspende a reflexão de suas próprias descobertas. “Mas esse conhecimento precoce é sempre mantido em segredo, e depois reprimido e esquecido conforme o destino posterior da pesquisa sexual infantil” (p. 398).

Na obra *A organização genital infantil*, Freud (1923/2011) retoma alguns pontos do texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* e define uma linha que parece desconsiderar o genital feminino, reduzindo o desenvolvimento sexual infantil a quem tinha o pênis e a quem não o tinha. Para o autor, prevalece a oposição entre ativo e passivo e, mais tarde, a oposição entre genital masculino e castrado. Nas suas palavras: “o masculino reúne o sujeito, a atividade e a posse do pênis, o feminino assume o objeto e a passividade. A vagina é então estimada como abrigo do pênis, torna-se herdeira do

ventre materno” (p. 175). Dessa forma, a teoria freudiana marca, mais uma vez, a passividade esperada da mulher e da maternidade como saída mais evidente para o feminino.

Enfatizando a mãe como primeiro objeto de amor da menina, Freud (1933/2010) destaca a importância do amor da menina pela sua mãe, na fase pré-edípica, antes de substituí-la pela figura paterna. Ele ainda explica que a intensidade desse amor pode comparecer como rejeição, no caso de mulheres homossexuais, no abandono da mãe como objeto de amor. Nas palavras do autor: “a transposição de ligações afetivas da mãe como objeto para o pai como objeto constitui o conteúdo principal do desenvolvimento que levou à feminilidade” (p. 292). Dessa forma, Freud conclui que o intenso amor da menina direcionado ao pai no complexo de Édipo só é possível por ser herdeiro desse primeiro objeto de amor que a mãe representou primordialmente.

Interrogo-me quando e por que a menina abandona a mãe, seu primeiro objeto de amor. Freud responde essa pergunta a partir de três possibilidades. A primeira é explicada a partir do *ciúme* que a menina tem de outras pessoas com sua mãe, como irmãos e até mesmo o próprio pai, esse amor da menina com a mãe requer exclusividade, mas a mãe pode ser abandonada quando a criança percebe que não é seu único investimento de amor. Uma segunda possibilidade é a de simplesmente *abandoná-la*, já que esse amor não tem meta, ou não encontra uma satisfação plena. A terceira hipótese abordada por Freud é que, ao se confrontar com a castração, a menina substitui o objeto materno. Tomando o pai como objeto, dá origem ao complexo de Édipo (Freud, 1931/2010).

Para Assoun (1993), um fator importante na troca de objeto da menina, passando da mãe para o pai, é este ter sido o objeto de uma eleição, a menina se decide pelo pai, deixando para trás a paixão primeira que nutria pela mãe, sendo essa escolha um movimento próprio da menina. “Um amor que se mantenha na linha, por estar ancorado no desejo” (p. IX). O psicanalista ainda aponta o pai como o que lhe resta para escolher, um resto precioso, o último que sobra, e, dessa forma, ela acaba fazendo da realidade um ideal. “Assim encontrando e forjando razões para amar. É assim que a mulher, partindo do impossível, torna-se racional” (p. XI).

Vescovi (2021) conclui que a troca de objeto da mãe pelo pai passa pela impossibilidade de a mãe lhe dar um filho (segundo a autora, a menina deseja a

princípio um filho da mãe), a menina precisa, então, trocar o objeto da mãe para o pai. Essa impossibilidade de satisfação da menina por parte da mãe é, sem dúvida, fonte da ambivalência da relação mãe-filha.

Essa troca implica a operação do recalque, ou seja, a exigência para que a renúncia à satisfação ocorra (Clemens & Souza, 2020). Para as autoras, o sexual é o objeto privilegiado do recalque, o sexual, aqui, é o prazer que pode ser obtido a partir do objeto, bem como a segurança e os cuidados obtidos através do objeto de amor, nesse caso, a mãe ou o cuidador do bebê. Renunciar a esse objeto é fazer uma renúncia mais penosa que a renúncia dita sexual.

Freud (1905/2016) interroga a função da amnésia infantil no desenvolvimento do sujeito, para concluir que a maioria de nós se esquece das experiências sexuais vivenciadas na infância e esse esquecimento pode contribuir com o estranhamento, no contexto social, da sexualidade infantil. Nas palavras do autor: “não nos ocorreu, até o momento, assombrarmo-nos com essa amnésia, mas teríamos boas razões para isso” (p. 75).

É válido interrogar, junto a Freud, qual seria a meta da menina em relação à mãe. O autor responde que as metas são tanto passivas quanto ativas, desde o ato de mamar. Inicialmente, o bebê é amamentado pela mãe, mas, em seguida, ele mesmo se torna ativo na sucção. Também nas brincadeiras infantis, a menina pode passar de passiva (quando recebe os cuidados da mãe) à ativa, através de representações nas brincadeiras infantis, enquanto aplica todos os cuidados que normalmente são direcionados a ela mesma pela mãe (Freud, 1931/2010).

Para o psicanalista, o afastamento da mãe é um passo importante para o desenvolvimento da menina. Não pode ser visto como mera mudança de objeto, pois os anseios ativos foram atingidos pelo impedimento de alcance da meta e, portanto, foram abandonados pela libido. Dessa forma, a troca de objeto de amor, tendo o pai como objeto, é realizada através de anseios passivos. “O desenvolvimento da feminilidade está agora livre para a menina, desde que não seja limitado pelos restos da superada ligação pré-edípica à mãe” (Freud, 1931/2010, p. 303).

O primeiro florescimento da sexualidade infantil já estava fadado ao declínio pela incompatibilidade entre seus desejos e a realidade, bem como à insuficiência do estágio infantil do desenvolvimento. Seu declínio foi penoso e doloroso, a perda e o

fracasso desse amor deixaram atrás de si um dano permanente à autoestima em forma de ferida narcísica. “A pesquisa sexual à qual o desenvolvimento físico da criança impõe limites, não levou a uma conclusão satisfatória; daí o lamento posterior: ‘Não consigo realizar nada, nada dá certo para mim’” (Freud, 1920/2010, p. 180).

Assim, da mesma forma que ocorreu a seu primeiro laço (com a mãe), também o laço amoroso com o genitor do sexo oposto sucumbiu à desilusão: a espera por satisfação, o ciúme no nascimento do irmão, as exigências escolares foram inúteis. Em seu lugar, constata-se a diminuição do afeto antes demonstrado, palavras sérias, alguns castigos, enfim, todo desdém de que era alvo. Essas são demonstrações de como chega ao fim o típico amor desse período da infância. “Todas essas situações não desejadas e emoções dolorosas são repetidas pelo neurótico na transferência e revividas com grande habilidade” (p. 180).

4.2.5 O desamparo e os primórdios da subjetivação

A formação do psiquismo, a despeito de encontrar uma formulação teórica suficiente muito cedo, com a construção de um *Projeto para uma psicologia* (Freud, 1895, citado em Gabbi, 2003), conduziu poucos psicanalistas de crianças a aí se deterem. Por não terem estendido a prática clínica a neonatos (que não brincam nem falam) e, talvez, por ser uma hipótese de trabalho especulativa cuja lógica correlacionava a localização de um aparelho psíquico interposto ao sistema nervoso central, esse esforço freudiano foi, muitas vezes, tomado como um antecedente à psicanálise propriamente dita.

Apesar de Freud (1909/2015) ter buscado, em crianças, uma prova mais direta de suas teses, constata-se, com o próprio Freud (1905/2016), que a observação contemporânea das crianças deve ser combinada à teoria psicanalítica, fruto da investigação de adultos, pois “a observação de crianças tem a desvantagem de trabalhar com objetos facilmente mal compreendidos, a psicanálise é dificultada pelo fato de poder alcançar seus objetos e suas conclusões apenas mediante enormes rodeios [...]” (p. 112).

Distinguindo a singularidade em que o sujeito se constitui, as tentativas de padronização dos momentos e das operações de instalações psíquicas, por tratarem do acontecimento do inconsciente, não são submersíveis nem à mera observação direta e

nem a uma cronologia etária. Caso orientadas apenas por observações do desenvolvimento do organismo, as pesquisas sobre as origens do psiquismo fracassam.

Freud (1895, citado em Gabbi, 2003), em seu *Projeto para uma psicologia* explica os mecanismos de funcionamento do psiquismo do neonato que levam a sensações de satisfação, prazer e dor. Nesse trabalho, encontra-se a exposição dos primórdios da subjetivação a partir do funcionamento biológico do neonato. Para o psicanalista, os estímulos e as respectivas respostas do organismo são regulados inicialmente pela quantidade de estímulos recebidos desde o ambiente externo. O organismo busca sua organização através da eliminação desses estímulos. Entretanto, além dos estímulos externos, “o sistema nervoso recebe estímulos do próprio elemento corporal, estímulos endógenos, que devem ser igualmente eliminados. Estes se originam em células corporais e resultam nos grandes carecimentos: fome, respiração e sexualidade” (p. 176). Percebidos internamente, os estímulos endógenos só se apaziguam a partir de sensações a serem recebidas do mundo exterior. Diante da tensão ocasionada pelo acúmulo interno de energia, reflexamente o neonato tem uma descarga motora que só pode ser manifestada através do grito ou de espasmos que não têm efetividade imediata.

Porém essas manifestações convocam o que Freud nomeia de ajuda externa, o *Nebenmensch*, o humano ao lado (conforme tradução de Osmyr Gabbi Jr., 2003), que então proverá esse estímulo através do alimento, por exemplo.

Portanto, o organismo está submetido a dois tipos de estímulos: os internos e os externos. “Enquanto os estímulos externos podem ser imediatamente ‘eliminados’, os estímulos endógenos consistem em um afluxo constante de excitação a que o organismo não pode escapar” (Freud, 1895, citado em Gabbi, 2003, p. 194). Esse afluxo é nomeado por Freud como “‘mola pulsional’ do funcionamento do aparelho psíquico” (p. 194).

Somente uma ação específica, realizada pelo agente de seus cuidados, em geral a mãe, contemplará o carecimento do bebê: “o organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela efetua-se por *ajuda externa*, na medida em que, por meio da eliminação pelo caminho da alteração interna, um indivíduo experiente atenta para o estado da criança.” (Freud, 1895, citado em Gabbi, 2003, p. 196). A trilha da eliminação dos estímulos internos de fome manifestados pelo grito de descarga do

bebê, recrutando o auxílio externo, é função secundária de mais alta importância na comunicação: “o desamparo inicial do ser humano é a fonte originária de todos os motivos morais” (p. 196). A mãe, acolhendo o desamparo de seu bebê, interpreta seu pedido de socorro e o atende por meio do que supõe aplacar seu desconforto.

Se o indivíduo prestativo realizou o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, então esse foi capaz, por meio de dispositivos reflexos, de executar sem demora o desempenho necessário no interior do seu corpo para cancelar o estímulo endógeno. Assim, a totalidade representa uma vivência de satisfação, tendo as consequências mais decisivas para o desenvolvimento funcional do indivíduo. (Freud, 1895, citado em Gabbi, 2003, p. 196)

O estado de desprazer do neonato, causado pelo desequilíbrio homeostático do seu organismo, aciona inicialmente os trilhamentos neuronais do ainda incipiente sistema nervoso, carregando-os com força suficiente para produzir a alucinação do objeto que apaziguaria, provocando a descarga muscular do excesso que produzira a alucinação. Logo constatada a ausência de satisfação e, portanto, a desilusão, o fracasso desse engate conduz o desenvolvimento da atenção e a consequente possibilidade de diferenciar o registro de trilhamento do circuito neuronal necessidade-satisfação, do registro objetivo da percepção da presença do objeto que o substitui.

Origina-se, então, por intermédio da vivência de satisfação, uma facilitação entre duas imagens recordativas. Com a eliminação própria da satisfação, a quantidade de energia de origem interna (Q_n) também é retirada das imagens recordativas. Com o retorno da necessidade, a ocupação prossegue também para ambas recordações e as anima. Nesse processo primário, a imagem recordativa do objeto é a primeira a ser afetada pela animação desejante. Essa animação de desejo resulta em uma alucinação. Se, em consequência disso, a ação reflexa de descarga for iniciada, haverá necessariamente desilusão, pois a imagem recordativa não satisfaz. É o que tornará necessário ao organismo diferenciar uma alucinação do objeto que lhe satisfaz pela percepção real de um objeto efetivamente presente. Isso será feito por meio do recrutamento da atenção ao exterior. De acordo com Freud (1895, citado em Gabbi, 2003), diferentemente do processo primário, será introduzido um processo secundário, possibilitado pela inibição da alucinação (redução do investimento) exercida pelo Eu,

que assim se forma. Assim, a atenção ao exterior e a inibição da alucinação formatam o Eu.

Freud (1895, citado em Gabbi, 2003) insere esse modo de alucinação a partir do que ele denomina vivência de satisfação. Amparando o filhote humano, a mãe alimenta seu bebê e lhe permite uma eliminação temporária do estímulo interno da fome que lhe gerava desprazer. Entretanto, a fome do bebê retornará posteriormente, e os estímulos internos voltarão a manifestar sua urgência. Nessa situação, remontando à satisfação primordial, o bebê a alucina. Porém, sem o seio que o alimenta, não haverá satisfação, mas apenas decepção, pois a manifestação do desprazer permanece. Enquanto um pensar reprodutivo, a alucinação não contempla a necessidade. Com o investimento de cargas na atenção ao mundo exterior e a concomitante inibição da alucinação, pode se instituir o pensar judicativo, que compara a alucinação com a presença concreta e, portanto, julga a existência do objeto como signo da realidade (alimento). Alcança-se, enfim, a meta, pelo juízo de realidade.

O princípio do prazer é então substituído pelo pensar judicativo que avalia a existência e a presença de objetos satisfatórios na realidade. Estes sempre terão, entre si, atributos de semelhança e diferença com relação à satisfação almejada, mas, a despeito de suas distinções, guardam um núcleo comum inapreensível a ser perseguido como o que falta à satisfação.

Em seu trabalho *Luto e melancolia*, Freud (1915/2010) usa o termo *exame de realidade* (“teste de realidade” no texto de 1926 e “juízo de realidade” em seu trabalho de 1895) para tratar da elaboração do processo do luto. Para o autor, “o exame da realidade mostrou que o objeto amado não mais existe, e então exige que toda libido seja retirada de suas conexões com esse objeto” (p. 173).

Freud (1926/2014) informa que a necessidade do bebê em ter a percepção da mãe deve-se ao fato de que ela satisfaz rapidamente todas as suas necessidades. A situação que ele precisa evitar, tendo a mãe sempre por perto, é a insatisfação. O autor também sugere que a insatisfação deve ser análoga à vivência do nascimento para o bebê, uma repetição da situação de perigo. Dessa forma, Freud propõe que a angústia do bebê se revela como produto do desamparo biológico ao qual, durante seu início de vida, ele está suscetível.

Assoun (1991) marca o início do processo de transformações femininas no trauma de separação vivido pelo neonato, que Freud denomina como uma experiência de dor anterior à angústia e ao luto: quando está em jogo perder a mãe de vista e a impossibilidade de antecipar o tempo que dura a ausência. Para o autor, a angústia da perda da mãe continua marcada por essa experiência de separação, de tal forma que o medo de perder o objeto permanece como o pivô de todas as turbulências que vêm depois.

Freud (1920/2010) percebeu uma estratégia do bebê para lidar com a angústia de separação. A partir da brincadeira de uma criança pequena em seu berço, pôde notar que ela jogava para longe de si um carretel, segurando consigo a linha presa a ele. Quando jogava o carretel, o menino falava o-o-o-o (interpretado como *fort*, “foi embora”), depois, o menino puxava a linha fazendo o carretel reaparecer e emitia um alegre *da* (“está aqui”). O psicanalista considera que a ausência da mãe para uma criança pequena não pode ser agradável ou indiferente. Assim, concluiu que “a ausência tinha que ser encenada, como condição para o agradável reaparecimento, que seria o verdadeiro propósito do jogo” (p. 173).

Esta representação da mãe como objeto desejado com o qual a criança exercita e superpõe, na linguagem, o afastamento e a aproximação é o desdobramento simbólico operado pela criança a partir de sua urgência vital, que remonta ao texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, no qual Freud (1905/2016) faz uma analogia entre a necessidade de alimento, a fome e a necessidade sexual. Assim como a fome daria nome à necessidade de alimento, a libido nomeia a necessidade sexual.

A libido, nesse momento inicial da atividade sexual, apoia-se nas funções que servem à preservação da vida, e só depois torna-se independente delas. Essa passagem pode ser exemplificada:

Quem vê uma criança largar satisfeita o peito da mãe e adormecer, com faces rosadas e um sorriso feliz, tem que dizer que essa imagem é exemplar para a expressão da satisfação sexual na vida posterior. Então a necessidade de repetir a satisfação sexual se separa da necessidade de nutrição [...]. (Freud, 1905/2016, p. 86)

A perda do seio, por ocasião do desmame e, em seguida, com a experiência da cessão das fezes no controle esfinteriano, incrementou o exercício das trocas simbólicas, localizando a demanda materna ao mesmo tempo em que distinguia uma

posição em que poderia preencher o que, também, faltava à mãe. Tal localização permite ao bebê reconhecer-se no lugar do que supriria a falta insinuada pela mãe, por meio do que pedia ao filho. Instaura-se, então, um segundo narcisismo, em que a criança pode se supor como o que falta à mãe, promovido por certas possibilidades de identificação, de reciprocidade, de ciúme, de frustrações e gratificações.

Desse lugar, franqueia-se então um grande ganho de autonomia para a fala, e para os deslocamentos da marcha.

Para Freud, então, como a primeiríssima satisfação sexual se dá através da alimentação, o instinto sexual tem um objeto fora do corpo, o seio da mãe. Esse objeto, para o bebê, é perdido somente depois, quando é possível para a criança formar uma ideia total da pessoa a qual pertence o órgão que lhe traz satisfação. Ainda um ponto importante na relação com esse primeiro objeto é que a criança aprende a amar outras pessoas (que acolhem seu desamparo e satisfazem suas necessidades), seguindo o modelo de sua relação com a lactente.

Cada bebê é implicado em um tecido discursivo familiar que precede seu nascimento: posição, nome e história correlativos às redes de significação são estabelecidos na família desde antes da sua concepção. Independentemente do momento particular de vida da mãe ou da família, cada um está implicado numa trama cuja teia repercute em significações a ele atribuídas. É nesse lugar simbólico, em que é inserido por meio do agenciamento de seus cuidadores, que o bebê se constituirá singularmente como sujeito do inconsciente (Lacan, 1954-1955/1985).

Assim, a constituição do sujeito depende das trocas estabelecidas entre o bebê e aquele que faz função de agente materno, impulsionando um circuito simbólico complexo: mesmo antes do nascimento, a gestante interage com seu bebê e interpreta seus movimentos no ventre como uma forma de interação, depositando todo o investimento da relação com o filho e apostando no sujeito que ele será.

Entretanto, vale lembrar que tal circuito simbólico assim estabelecido determina não apenas o investimento pulsional e narcísico do agente materno no filho, mas também o próprio movimento pulsional da criança. Como o suporte fisiológico do neonato assume estatuto simbólico e imaginário? Essa interrogação me conduz a um rápido percurso que articule a noção freudiana de *Nebenmensch* (o indivíduo prestativo) ao conceito de pulsão.

Freud trabalha o conceito de pulsão, com essa nomenclatura específica, a partir de 1915, em seu texto *As pulsões e seus destinos* (Freud, 1915/2010). Mesmo considerando que, no início da vida, os primeiros estímulos recebidos, percebidos e eliminados contribuem para que o neonato possa perceber, “na eficácia de sua atividade muscular, um ponto de apoio para distinguir um ‘fora’ de um ‘dentro’” (p. 55), Freud não se limita a tal contribuição muscular para situar a pulsão.

A princípio, os estímulos externos atingem o corpo, agindo como força momentânea que provoca reflexos fisiológicos de descarga ou fuga. Estimulados por uma ação externa, têm como reflexo uma ação de descarga do próprio corpo que os elimina. Já os instintos pulsionais oriundos do próprio corpo são estímulos internos que o corpo não pode eliminar nem deles fugir. Trata-se, neste caso, da pulsão, força constante que exige modificações externas ao corpo que visem a eliminá-la. Na pulsão, a força vem de dentro do corpo e dela não é possível se livrar por meio da descarga: “uma denominação melhor para o estímulo instintual é ‘necessidade’; o que suprime essa necessidade é a ‘satisfação’. Ela pode ser alcançada por meio de uma modificação pertinente (adequada) da fonte interior de estímulo” (Freud, 1915/2010, p. 54).

Como foi dito, Freud (1895, citado em Gabbi, 2003) acentuara anteriormente a necessidade de uma relação com o indivíduo experiente (*Nebenmensch*), informado das necessidades da criança, para mediar uma satisfação que o bebê não tem como obter por seus meios. Já com o esboço do registro dessa experiência de satisfação, ao novamente estar exposta a uma necessidade (e, portanto, ansiar pela satisfação que a aplaque), o bebê rememora a satisfação antes obtida, acessando seus traços. Entretanto, sem o suporte da pessoa auxiliar, o bebê só pode encontrar a satisfação com a alucinação desta, o que, fisiologicamente, logo comparece como insistência da insatisfação, pois a alucinação não a dissolve. O fracasso dessa rememoração do anseio e da satisfação sob modo alucinatório, que se esboça na excitação motora, conduz a pessoa experiente (que está a seu lado) a lhe trazer objetos de satisfação semelhantes, reconhecidos como capazes de aliviá-la. Oferecendo outras modalidades de presença dela mesma, outros objetos com propriedades semelhantes, mas não idênticas àquele perdido, estes ganharão estatuto de compensação ou suplência. Assim, instaura-se uma divisão dos complexos perceptivos do objeto em uma parte não assimilável (as imagens mnésicas do objeto “perdido” da satisfação) e outra parte revelada pelas substituições que o

compensam. Desse modo, a pessoa auxiliar sustenta, intermediando, o domínio da excitação diante da necessidade, organizando uma percepção complexa, mas estável, do objeto de satisfação, composto de uma parte assimilável (com propriedades de satisfação) e outra que se mantém desconhecida (presente antes de se construírem redes de memória suficientes para capturá-lo).

Assim, não sendo possível a eliminação das pulsões pela ação do próprio organismo, o sistema nervoso se vê obrigado a renunciar à intenção de eliminá-las, o que requer uma complexidade maior em sua tarefa, buscando, portanto, a redução máxima do nível dos estímulos pulsionais (possivelmente com a aceitação de objetos de prazer mais próximos e/ou com a postergação e a continuidade da busca do reencontro do objeto de satisfação perdida). “Talvez possamos concluir, então, que eles, os instintos e não os estímulos externos, são os autênticos motores dos progressos que levaram o sistema nervoso, tão infinitamente capaz, ao seu grau de desenvolvimento presente” (Freud, 1915/2010, p. 56). O psicanalista conclui que o organismo precisa trabalhar para regular os estímulos que o atingem, seja desde fora ou desde dentro do próprio corpo, e que até mesmo o mais evoluído aparelho psíquico está submetido ao princípio do prazer: “seguramente no sentido de que a sensação de desprazer está ligada ao aumento, e a sensação de prazer ao decréscimo do estímulo” (p. 57).

Freud entende a pulsão como o conceito-limite entre o somático e o psíquico. Nas palavras do psicanalista: “como o representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo e que atingem a alma, como uma medida do trabalho imposto à psique por sua ligação com o corpo” (p. 57).

A pulsão é, portanto, a fronteira de dois processos distintos, um somático e outro psíquico. Tendo sua fonte no somático, na tensão originária da excitação de um órgão, é muda e cega. Só no psiquismo, ela manifesta o que lhe corresponde como imposição que exige o trabalho de converter a excitação corporal em moção psíquica, de onde é tomada como objeto da teoria psicanalítica.

No psiquismo, a substituição e a condensação dos traços do objeto perdido da satisfação culminarão na localização da mãe como o objeto mais próximo do objeto de satisfação perdido, no qual a criança encontra amparo, investe amor e se reconhece.

Este breve estudo sobre a primeira alteridade e a pulsão é interessante, pois permite voltar à interrogação: um filho poderia figurar, para sua mãe, a materialização

desse objeto perdido, especialmente quando ele não nasceu? Depois de todas as suplências, deslocamentos e condensações que tentam compensar a condição de perda que se inaugura com o próprio advento de um psiquismo que o reatualizam de várias formas e por tantos meios até chegar à sua perda primeira, constato que, antes de provocar outras perdas, o filho que não nasceu pode comparecer, no psiquismo materno, como tamponamento da falta constitutiva da subjetivação. Não é difícil concluir que esse filho obturador tenha suas faces de impossível real, contemple o ordenamento da série simbólica materna e adquira consistência imaginária.

5 PERDA NEONATAL E CONTEMPORANEIDADE: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo inicial deste projeto era a pesquisar os primórdios da subjetivação de bebês internados em UTI neonatal, a partir dos impactos da internação e da separação do agente materno, na formação inicial do psiquismo. Entretanto, após o acompanhamento sistemático de mães e bebês internados nessas UTI's, pude perceber que só chegaria a abordar o psiquismo do bebê se, antes, atinasse na relevância dos impactos do rompimento das expectativas maternas geradas quando, após o parto, configura-se uma urgência que leva à separação imediata de seus bebês que necessitam de cuidados intensivos.

Afinal, não era apenas a separação precoce que incidia sobre o bebê, mas os efeitos dessa separação nas condições psíquicas da mãe em sustentar-se na posição de mãe enquanto era substituída pelos cuidados intensivos.

Assim, ao me perguntar como a impossibilidade de cuidados do próprio filho pode impactar o psiquismo da mulher e o que disso reverberaria no psiquismo do próprio bebê, julguei procedente investigar essas vivências partindo da problematização do que aí aparece como mais crítico, nas consequências, para a mãe, do parto seguido da separação do bebê.

Foi o que me conduziu, em minha pesquisa, até o bloco obstétrico, local em que o parto do filho natimorto coloca em jogo a captura das possibilidades e dos limites da elaboração do luto perinatal pela mulher.

Os estudos necessários para a construção desta dissertação foram capazes de dar contorno e trazer à luz os impasses pelos quais passam, ainda hoje, as mulheres que perdem seus bebês ainda em seu ventre e precisam, portanto, construir a possibilidade de um processo de luto a partir das expectativas já vividas em relação a seus bebês, ainda imaginários.

As possibilidades de uma mãe sofrer a perda de um filho na contemporaneidade foram autorizadas pelo lugar que a criança adquiriu para a família e para a sociedade ao longo dos séculos. Esse lugar reconhecido da infância, detalhado anteriormente neste texto, orientou a mulher a um investimento de outra ordem na maternidade e, com isso,

a perda de um filho tomou outra proporção, diferente daquela possível nos séculos XVII e XVIII (Badinter, 1985).

Talvez seja possível afirmar que o luto de uma mãe que perde um filho é reconhecido pela sociedade a partir da relação que se estabeleceu entre essa dupla e de todo o investimento materno que é preciso para cuidar de uma criança. Quando retorno ao nicho específico da maternidade, aqui investigado, no qual a mãe perde seu bebê antes mesmo de seu nascimento, busco, na literatura psicanalítica e especialmente em textos freudianos, os pontos que podem delinear a perda para essa mãe.

Durante a gestação, também há investimento materno, aposta e, particularmente, há a aproximação dessa mulher com sua própria experiência enquanto bebê de sua mãe, bem como a aproximação de sua mãe (a partir do momento que a mulher vê a si mesma como mãe). A proximidade desses bebês e maternidades ainda na esfera do imaginário me remeteu à revivescência de cada mulher enquanto bebê e ao retorno ao seu primeiro objeto de amor, sua mãe.

Paul Laurent Assoun (1993) chama a paixão inicial pela mãe de “paixão primitiva”, um mal de amor originário e incurável. O psicanalista localiza, nas trocas de objeto da menina, a base para o torna-se mulher. Assoun denomina o amor incurável da menina pela mãe como um amor sem saída e sem objetivo e, por isso, para não se entregar a essa loucura e se perder, a menina se vê obrigada a trocar de objeto. Nas palavras do autor: “é preciso haver uma ‘alternância’ àquele outro amor que era ‘sem saída’” (p. VII).

Retornando às elaborações de Freud (1915/2010) quanto a saída do processo de luto, ele afirma que esta se dá a partir do momento no qual o enlutado (a mãe) aceita que o objeto do luto está morto, mas que ela ainda vive e pode escolher continuar vivendo. Para o analista, essa seria, portanto, uma saída.

Tomando, como ponto de partida para a saída do luto, a indicação de Freud (1915/2010), em *Luto e melancolia*, de que é preciso deixar o objeto morrer para poder viver, é possível afirmar que a mulher que perde seu filho ainda no ventre não tinha estabelecido a consideração de aspectos singulares do bebê. A mulher teria apenas uma construção própria que se aproximava dela mesma enquanto bebê. Como se poderia supor a construção desse luto? Qual parte, de si própria, será preciso que ela deixe morrer?

A partir dos estudos sistemáticos do percurso freudiano pelo desenvolvimento da sexualidade feminina, esta pesquisa me permitiu localizar que a realização da maternidade, ou seja, o investimento da mulher adulta em ter um filho, parece suprir a ameaça do fracasso do casamento imaginizado, especialmente quanto ao desencontro sexual do casal ou ao limite da conjunção civil entre dois sujeitos.

Freud nunca deixou de situar o caráter de esforço que é o tornar-se mulher, e o fato de que esse é um trabalho contra a corrente, posto que representa a posição contrária da visão naturalista da maternidade. O desejo de ter um filho não se reduz nem à história nem ao social, mas ao simbólico. “Foi lhe preciso jogar o falo contra mãe, foi preciso se ‘animar’ a idealizar o pai contra o amor da mãe. Foi preciso ainda, decidir-se a amar um homem contra a fascinação fálica” (Assoun, 1991, p. 18). Dessa forma, a mulher é tomada — o que é muito característico do ‘tornar-se mulher’ — por uma dependência amorosa excessiva, com esse sentimento bastante curioso de ser sempre largada.

Para as mulheres que escolhem a via de sua união ao homem, constituindo um casal que franquearia a maternidade, esta pode ter sido uma promessa equacionada desde a adolescência quanto a própria realização libidinal, que superaria, em oposição, a constatação do fracasso do funcionamento dos próprios pais na composição de um casamento feliz. A adolescência teria então respondido pela incidência das transformações da puberdade e o retorno da visada erótica sobre o corpo feminino.

Na autonomia que a puberdade desperta, demarca-se o abandono das balizas parentais que orientavam o funcionamento da infância no tempo da latência, carregando a conseqüente perda da, até então necessária, dependência psíquica dos pais. Nos tempos da latência, os interesses sexuais foram perdidos em prol do investimento civilizatório em que se ergueram os diques que frearam os investimentos libidinais mantidos, em geral adormecidos. Vergonha, asco e pudor em relação à libido conduziram o investimento nos conhecimentos partilhados pela civilização, regendo o período compreendido entre o complexo de castração e a puberdade, ao adormecer os fatores libidinais que mobilizarão o púbere.

A submissão à lei da interdição do incesto, que impôs a perda do pai como objeto de amor, teria sido contemplada ao final da organização genital infantil e substituída, na latência, pelo investimento na função civilizatória do saber.

Anteriormente, a tomada do pai como aquele que vai lhe dar um filho suplantara, desde a constatação de que a mãe não tem pênis, a descrença na própria teoria até então formulada pela menina de que seu pênis iria crescer ou de que a mãe lhe daria o órgão.

A perda narcísica da mãe como objeto primário de amor localiza o momento anterior, em que a criança ainda não diferenciava os sexos e supunha a onipotência materna, que a protegia e a complementava. Até então, a plenitude da mãe como sua referência imediata a deixava totalmente à mercê dos caprichos maternos. Fomentada pelo investimento social que já a situava como menina muito antes de descobrir a diferença sexual, a criança podia identificar-se à mãe e à referência da posição desta na família, como demonstram as brincadeiras de casinha a que se dedicava.

Enquanto ainda estava no lugar de *infans*, antes de distanciar-se suficientemente da mãe para constituir a imagem desta, em sua consistência onipotente, o seio materno respondera às urgências do bebê, que o supunha seu, atestando a superação do desamparo constitutivo, na medida em que o alimentava ao mesmo tempo que o imantava narcisicamente, edificando os primeiros passos das trocas com a mãe. Todo esse percurso de substituições entre perdas e ganhos, sempre parciais, retrocede, assim, até o estabelecimento de uma primeira perda: a do objeto de satisfação.

O movimento da repetição diferida da reprodução do idêntico contempla a modalidade pela qual os desastres das perdas são procedidos de acontecimentos que as substituem e que, assim, atenuam-nas. Desse modo, foi possível articular a série que vai, *a posteriori*, da perda do filho ao objeto perdido da satisfação, localizando a lacuna a partir da qual a mulher tece sua constituição.

Se ainda hoje, no contexto social, é preciso construir a possibilidade de elaboração do luto enquanto mãe de um bebê que não nasceu, isso se justifica pela construção ainda recente da especificidade da infância em nossa cultura, datada do final do século XVIII, início do século XIX (Badinter, 1985). Retornando à lógica freudiana:

Dizemos que o ser humano tem originalmente dois objetos sexuais: ele próprio e a mulher que o cria e nisso pressupomos o narcisismo primário de todo indivíduo, que eventualmente pode se expressar de maneira dominante em sua escolha de objeto. (Freud, 1914/2010, p. 33)

A mulher, durante sua constituição, precisa trocar de objetos para que a realização de seu querer seja possível, desde a representação do amor impossível pela mãe até a gestação que é a realização desse querer da mulher (Assoun, 1993).

A gestante, quando se percebe mãe, aproxima-se de seu amor primordial, aquele que deu origem ao objeto fora do Eu. Nessa perspectiva, a perda implicada num filho que não nasceu pode significar, para cada mulher, ter que novamente renunciar ao amor pela mãe.

REFERÊNCIAS

- Abbagnano, N. (1901/1982). Objeto. In N. Abbagnano, *Dicionário de filosofia* (pp. 695–697). Editora Mestre Jou.
- Aguiar, H. C., & Zornig, S. (2016). Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Estilos da Clínica*, São Paulo, 21(2), pp. 264–281.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000200001&lng=pt&nrm=iso
- Aristóteles. (1957). *Les parties des animaux*. Les Belles Lettres.
- Assoun, P.-L. (1991). “Le désir machinal d’enfant”. In “Le petit de l’hom.me, l’enfant de la machine”, Instituto de Psicopatologia Clínica, Departamento de Formação Permanent (Trad. Lucas Melo Carvalho Ribeiro). *Cahiers de I’JPPC*, 2(13), 55–78.
- Assoun, P.-L. (1993). *Freud e a mulher*. Jorge Zahar.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Nova Fronteira.
- Bertin, C. (1989). *A última Bonaparte*. Editora Paz e Terra.
- Brasil. (1988). *Constituição Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Brasil. (2001). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. *Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal*. Brasília: Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_obito_infantil_fetal.pdf
- Brasil. (2010). *Portaria 72*. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do ministro.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html
- Brasil. (2015a). *Parto adequado*. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1>
- Brasil. (2015b). *Política Nacional de Humanização*. Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fo lheto.pdf

- Bromberg, M. H. P. F. (2000). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Editora Livro Pleno.
- Clemens, J., & Souza, M. (2020). Sobre o não dito do feminino e da maternidade. *Psicologia em revista*, Belo Horizonte, 26(2), 641–659.
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/23802>
- Coelho, N. E. Jr. (2001). A noção de objeto na psicanálise freudiana. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, 4(2).
<https://www.scielo.br/j/agora/a/DBd6m78YwQ7sP3ZnrHTdNmB/?lang=pt>
- Colling, A. M. (2014). *Tempos diferentes, discursos iguais: a construção do corpo feminino na história*. UFGD.
- Donzelot, J. (1984). *A polícia das famílias* (2a ed.). Editora Graal.
- Fernandes, P. D., & Oliveira, K. K. (2012). *Movimento higienista e o atendimento à criança*. Simpósio UFS.
- Ferretti, M. G. (2014). *Ontogênese e filogênese em Freud: uma visão de conjunto*. Unicamp.
- Fonseca, M. A. (2018). *Ser mulher e ser mãe: uma leitura psicanalítica de pequenos nadas*. Novas Edições Acadêmicas.
- Foucault, M. (1984). *História da Sexualidade: o uso dos prazeres*. Graal.
- Freud, S. (1900/2019). A interpretação dos sonhos. In S. Freud, *Obras Completas A interpretação dos sonhos (1900)* (Vol. 4, P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1905/2016). Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade. In S. Freud, *Obras Completas Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, Análise fragmentária de uma história (“O caso Dora”) e outros textos* (Vol. 6, P. C. de Souza, Trad., pp. 13–172). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1908/2015). Sobre as teorias sexuais infantis. In S. Freud, *Obras Completas O delírio e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos* (Vol. 8, P. C. de Souza, Trad., pp. 390–411). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1909/2015). Análise da fobia de um garoto de cinco anos. In S. Freud, *Obras Completas O delírio e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos* (Vol. 8, P. C. de Souza, Trad., pp. 123–284). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1913/2010). O início do tratamento. In S. Freud, *Obras Completas Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), Artigos sobre técnica e outros textos* (Vol. 10, P. C. de Souza, Trad., pp. 163–192). Companhia das Letras.

- Freud, S. (1914/2010a). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Obras Completas Introdução ao narcisismo, Ensaios de metapsicologia e outros textos* (Vol. 12, P. C. de Souza, Trad., pp. 13–50). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1915/2010). Os instintos e seus destinos. In S. Freud, *Obras Completas Introdução ao narcisismo, Ensaios de metapsicologia e outros textos* (Vol. 12, P. C. de Souza, Trad., pp. 51–81). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1917[1915]/2010). Luto e melancolia. In S. Freud, *Obras Completas Introdução ao narcisismo, Ensaios de metapsicologia e outros textos* (Vol. 12, P. C. de Souza, Trad., pp. 170–194). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1920/2010). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *Obras Completas História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”), Além do princípio do prazer e outros textos* (Vol. 14, P. C. de Souza, Trad., pp. 161–239). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1923/2011). A organização genital infantil. In S. Freud, *Obras Completas O eu e o id, “Autobiografia” e outros textos* (Vol. 16, P. C. de Souza, Trad., pp. 168–175). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1924/2011a). A dissolução do complexo de Édipo. In S. Freud, *Obras Completas O eu e o id, “Autobiografia” e outros textos* (Vol. 16, P. C. de Souza, Trad., pp. 203–213). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1925/2011a). Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In S. Freud, *Obras Completas O eu e o id, “Autobiografia” e outros textos* (Vol. 16, P. C. de Souza, Trad., pp. 283–299). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1926/2014). Inibição, sintoma e angústia. In S. Freud, *Obras Completas Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos* (Vol. 17, P. C. de Souza, Trad., pp. 13–123). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1927/2014). O fetichismo. In S. Freud, *Obras Completas Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos* (Vol. 17, P. C. de Souza, Trad., pp. 302–310). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1930/2010). O mal-estar na civilização. In S. Freud, *Obras Completas O mal-estar na civilização, Novas conferências introdutórias e outros textos* (Vol. 18, P. C. de Souza, Trad., pp. 13–123). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1931/2010). Sobre a sexualidade feminina. In S. Freud, *Obras Completas O mal-estar na civilização, Novas conferências introdutórias e outros textos* (Vol. 18, P. C. de Souza, Trad., pp. 371–398). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1933/2010). A feminilidade. In S. Freud, *Obras Completas O mal-estar na civilização, Novas conferências introdutórias e outros textos* (Vol. 18, P. C. de Souza, Trad., pp. 263–293). Companhia das Letras.

- Gabbi, O. F. Jr. (2003). *Notas a projeto de uma psicologia: as origens utilitaristas da psicanálise*. Imago.
- Gaufey, G. L. (2015). *O não-todo de Lacan*. Scriptozium.
- Guimarães, L. M. C. (2014). Uma das máscaras. *Transfinitos: traçados da pulsão*, Vol. 12. Belo Horizonte: Aleph.
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mãe de bebês. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, 10(4), 614–623.
<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/hz8B5Z66qkD4nDw8s76CKtn/?lang=pt>
- Iaconelli, V. (2015). *Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna*. Annablume.
- Jerusalinsky, J. (2011). *A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Ágalma.
- Lacan, J. (1954-1955/1985). *O Seminário, livro 2: o Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1956-1957/1995). *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1964/1988). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1966/1998). A significação do falo. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 692–703). Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1969-1970/1992). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1972-1973/1982). *O Seminário, livro 20: mais, ainda*. Jorge Zahar.
- Lalande, A. (1926/1991). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Quadrige.
- Leandro, M., Couto, D. P., & Lanna, M. A. L. (2013). Da realidade psíquica ao laço social: a função de mediação do conceito de fantasia. *Cadernos de Psicanálise*, CPRJ, Rio de Janeiro, 35(28), 27–48.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952013000100002
- Maia, M. B. (2010). *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Fiocruz.
- Marcos, C. M., & Mendonça, R. L. (2020). A disjunção mãe/mulher a partir de uma prática de conversação. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, 23(1), 94–102.
<https://doi.org/10.1590/1809-44142020001011>

- Martins, A. P. V. (2004). A mulher no discurso médico e intelectual brasileiro. In A. P. V. Martins, *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX* [online] (Cap. 6, pp. 217–262). Editora Fiocruz.
<https://static.scielo.org/scielobooks/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>
- Miller, J.-A. et al. (1997). *Os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica A conversa de Arcachon*. Biblioteca Freudiana Brasileira.
- Milner, J.-C. (2006). *Os nomes indistintos*. Cia de Freud.
- Prates, A. L. (2001). *Feminilidade e experiência psicanalítica*. FAPESP.
- Revista Crescer. (2021). *Mãe relata como foi passar alguns dias com a filha morta em casa*. Edição de junho.
- Rios, T. S., Santos, C. S., & Dell’aglio, D. D. (2016). Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: relato de experiência. *Revista de Psicologia da IMED*, 8(1), 98–107. <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/975>
- Rocha, N. F. F., & Ferreira, J. (2020). A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate* [online], 44(125), 556–568. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>
- Rocha, B. F., & Guerra, A. M. C. (2020). O *a posteriori* na construção metodológica da pesquisa em psicanálise. In P. T. Almeida, P. D. Ferreira, & F. Belo, *Estudos Psicanalíticos: método, epistemologia e cultura* (Cap. 5, pp. 61–76). Zagodoni Editora.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Jorge Zahar Editor.
- Silva, T. M. A., & Ferreira, L. O. (2011). A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940-1960). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online], 18(1), 95–112.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500006>
- Tedesco, R. P., Maia, N. L. F., Mathias, L., Benez, A. L., Castro, V. C. L., Bourroul, G. M., & Reis, F. I. (2004). Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(10), 791–798. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032004001000006>
- Veras, M. (2021, fevereiro 11). *Post sobre o filme Pieces of a Woman*. [Facebook]. Recuperado em 17 dez. 2021, de https://www.facebook.com/marcelo.veras.50/posts/3947307081958313?comment_id=4862717190417293¬if_id=1639233006694586¬if_t=comment_mention&ref=notif
- Vescovi, M. (2021). *Mal-estar na maternidade: (des)encontros entre a mulher e a mãe* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória.

- Vorcaro, A. (1997). *A criança na clínica psicanalítica*. Cia de Freud.
- Vorcaro, A. R. (2010). Psicanálise e o método científico: o lugar do caso clínico. In F. N. Kyrillos, & J. O. Moreira, (Orgs.), *Pesquisa e Psicanálise, transmissão na Universidade* (pp. 11–23). EdUEMG.
- Vorcaro, A. (2018). Transmissão e saber em psicanálise: (in) passes da clínica. In T. Ferreira, & A. Vorcaro (Orgs.), *Pesquisa e psicanálise, do campo à escrita* (pp. 41–62). Autêntica.
- Vorcaro, A. M. R., & Capanema, C. A. (2010). Desastre e acontecimento na realidade psíquica. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 16(3), 490–504.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682010000300005&lng=pt&nrm=iso
- Vorcaro, A., Nascimento, I., Almeida, B., Almeida, G., Viola, D., Dornas, C., & Alves, J. (2016). Uma modalidade de configuração da clínica-escola. In M. L. C. Romera (Coord.), *Psicanálise em perspectiva: marcas e traços na universalidade* (pp. 211–255). EDUFU.