



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia – IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI



MESTRADO ACADÊMICO

MARINA MARINHO DOS SANTOS

**(DES)CONSTRUÇÕES SUBJETIVAS DA MATERNIDADE POR MULHERES COM
HISTÓRICO DE PERDAS PERINATAIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:
UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

Salvador

2024

MARINA MARINHO DOS SANTOS

**(DES)CONSTRUÇÕES SUBJETIVAS DA MATERNIDADE POR MULHERES COM
HISTÓRICO DE PERDAS PERINATAIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:
UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento

Linha de pesquisa: Contextos de Desenvolvimento, Clínica e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane de Oliveira Santos

Salvador

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI)
Biblioteca Universitária Isaias Alves (BUIA/FFCH)

S237 Santos, Marina Marinho dos
(Des)construções subjetivas da maternidade por mulheres com histórico de perdas perinatais em um hospital universitário: um estudo psicanalítico, 2024.
154 f.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Cristiane de Oliveira Santos
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

1. Mulheres. 2. Maternidade. 3. Mortalidade perinatal. 4. Psicanálise. 5. Luto. I. Santos, Cristiane de Oliveira. II. Universidade Federal da Bahia Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDD: 150.19

Responsável técnica: Alexsandra Barreto da Silva - CRB/5-1366



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI
MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO



TERMO DE APROVAÇÃO

(DES)CONSTRUÇÕES SUBJETIVAS DA MATERNIDADE POR MULHERES COM
HISTÓRICO DE PERDAS PERINATAIS EM UM HOSPITAL NIVERSITÁRIO: UM ESTUDO
PSICANALÍTICO

Marina Marinho dos Santos

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Cristiane de Oliveira Santos (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Profa. Dra. Daniela Scheinkman Chatelard
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Suely Aires Pontes
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador, 29 de janeiro de 2024.

Dou fé

Documento assinado digitalmente
 **CRISTIANE DE OLIVEIRA SANTOS**
Data: 31/01/2024 21:09:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Cristiane de Oliveira Santos

AGRADECIMENTOS

Ciente da sorte de ter cada passo da minha vida marcado pelo afeto daquelas(es) que me acompanham, agradeço a todas e todos que, de alguma forma, participaram do meu processo de construção desta dissertação e, sobretudo, do que se costurava, a cada dia, na vida que corria entre e para além destas linhas.

Aos meus pais, que me deram a primeira base segura para todas as minhas conquistas, obrigada pela compreensão e pelo cuidado expresso nas pequenas e grandes trocas do cotidiano. Obrigada, sobretudo, por terem me desejado um dia e aprendido a me amar a cada vez que fui (e vou) me tornando mais eu mesma.

À minha família, sempre presente, em mim, no que quer que eu faça.

Aos meus amigos e amigas, por tudo que as boas amizades nos possibilitam nos momentos de travessia. Estou animada para celebrar a conclusão deste ciclo com vocês! Um agradecimento especial à Ana Luísa, Fernanda, Isabela e Victória, pelo tanto de sempre, à Laís, por mais uma realização engrandecida pela nossa partilha, e à Luana, que contribuiu com seu olhar inteligente e generoso para meu processo de escrita.

À Lidiane, pela parceria ao longo do meu trabalho de escrita e pelo cuidado na revisão deste texto.

Agradeço à professora Cristiane Oliveira, que, desde a graduação, me inspira e me move nos caminhos do saber. Obrigada pela aposta no meu trabalho, Cris, e pela parceria afetuosa que permeia tantos projetos hoje compartilhados.

À Andréa Santiago, pela parceria de trabalho e amizade que me inspira e firma em meus propósitos no nosso fazer cotidiano e às demais queridas colegas, com quem verdadeiramente troco e aprendo atuando no SUS.

À Mônica Venâncio e Laís Flores, pelas trocas carinhosas e generosas em nosso ateliê de pesquisa.

Agradeço também às professoras Suely Aires e Daniela Chatelard por terem aceitado o convite de participar da banca e contribuir com este trabalho.

E, ainda, aos profissionais do PPGSI-UFBA, da Maternidade Climério de Oliveira e da Ebserh que, de algum modo, contribuíram para a viabilização deste trabalho.

Por fim, agradeço às mulheres que escuto diariamente em meu trabalho, em especial, Celina, Thainá, Bruna, Camila e Rafaela.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar, por meio da escuta clínica de mulheres em um Hospital Universitário do Sistema Único de Saúde (SUS), de que modo a relação estabelecida com a maternidade é afetada pela vivência de perdas perinatais, de maneira a esclarecer os atravessamentos desta experiência na formação de novas coordenadas do desejo pela maternidade em um contexto no qual a reprodução biológica e social sofre tantas mudanças. Para tanto, foram construídos cinco casos clínicos a partir do trabalho com conteúdos de prontuários e registros psicológicos de pacientes atendidas pela pesquisadora. Esses dados foram analisados utilizando como referencial a teoria psicanalítica de Freud e Lacan. Como achados, verificou-se que experiências de perda perinatal causaram fortes impactos na subjetividade das mulheres, que se confrontaram com circunstâncias complicadoras à realização dos trabalhos de luto, muitas vezes atualizados a partir de novos encontros com a maternidade. Pôde-se perceber que novas gestações foram experienciadas por elas como uma “corda bamba”, na qual buscavam se equilibrar entre o desejo pela maternidade e o medo de repetir a vivência anterior, frequentemente imaginarizada como falta e/ou falha enquanto mulher. Discutiu-se ainda sobre o valor atribuído ao semblante materno e impactos de sua perda, fortemente influenciados por ideais da cultura em torno da maternidade, subjetivados de modo diverso pelas mulheres a depender de marcadores como classe e raça. O trabalho analítico se mostrou importante via de elaboração destas experiências, favorecendo a singularização do desejo destas mulheres pela maternidade e seu valoroso reconhecimento na posição parental. Espera-se com este estudo ampliar o conhecimento acerca destas experiências cuja falta de reconhecimento social produz impactos psíquicos negativos, facilitar o aprimoramento do trabalho analítico e multiprofissional voltado a esse público nas distintas etapas de seus itinerários terapêuticos, bem como estimular a revisão de práticas assistenciais que não incluem a relevância psicossocial destas experiências de perda nas tomadas de decisão no âmbito do cuidado à saúde.

Palavras-chave: maternidade; perda perinatal; mulheres; psicanálise; luto.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze, through clinical listening to women in a University Hospital of the Unified Health System (SUS), how the relationship established with motherhood is affected by the experience of perinatal losses, in order to clarify the crossings of this experience in the formation of new coordinates of the desire for motherhood in a context in which biological and social reproduction undergoes significant changes. To this end, five clinical cases were constructed based on an analysis of the content of the work with medical records and psychological records of patients seen by the researcher. This data was analyzed using the psychoanalytic theory of Freud and Lacan as a reference point. The findings show that experiences of perinatal loss had a strong impact on the subjectivity of the women in this study, who were confronted with circumstances that complicated mourning process, often updated by new encounters with the experiences of motherhood. It could be seen that new pregnancies were experienced by them as a "tightrope walk", in which they tried to balance their desire for motherhood with the fear of repeating the previous experience, often Imaginarized as a lack and/or failure as a woman. The study also discussed the value attributed to the maternal semblance and the impact of its loss, strongly influenced by cultural ideals around motherhood, subjectivized differently by women depending on markers such as class and race. Analytical work proved to be an important way of elaborating these experiences, favouring the singularization of these women's desire for motherhood and their valuable recognition in the parental position. The hope of this study is to expand knowledge about these experiences whose lack of social recognition produces negative psychic impacts, to facilitate the improvement of analytical and multi-professional work aimed at this public in the different stages of their therapeutic itineraries, as well as to stimulate the revision of care practices that do not include the psychosocial relevance of these experiences of loss in decision-making in the field of health care.

Keywords: motherhood; perinatal loss; women; psychoanalysis; mourning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema da angústia de Lacan.....	115
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	<i>Corona Virus Disease</i> – Doença do Coronavírus descoberta no ano de 2019
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
IIC	Insuficiência Istmocervical
MCO-UFBA	Maternidade Climério de Oliveira
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

Apresentação.....	11
Introdução.....	15
Metodologia.....	27
1. Encontros e desencontros entre a maternidade e a feminilidade na teoria psicanalítica..	30
2. Tornar-se mãe: os caminhos até a função e posição maternas.....	47
3. As condições de elaboração do luto na perda perinatal.....	53
4. “Depois que perde, é diferente”: (des)construindo a maternidade após a perda.....	64
4.1. Do trabalho do luto à singularidade do desejo.....	64
4.2. Identificação narcísica e reedição do imaginário edípico em uma experiência de maternidade após a perda.....	73
4.3. Repetir e elaborar?.....	81
4.4. Semblante de mãe, semblante de mulher?.....	90
4.5. Corpo e o comparecimento do(s) gozo(s) na experiência gestacional.....	98
5. Os novos encontros com a maternidade.....	107
5.1. Os lutos e seus destinos nas perdas perinatais.....	107
5.2. Como circulam a angústia e o desejo nos (re)encontros com a maternidade?.....	111
6. O trabalho analítico e as possibilidades de reposicionamento subjetivo face à maternidade.....	124
7. A interseccionalidade nas experiências de maternidade, luto e cuidado.....	129
Considerações finais.....	137
Referências.....	147

APRESENTAÇÃO

Apresentar esta dissertação me parece uma tarefa muito complexa. Inicialmente, busquei fazer isso do modo mais técnico possível, depois entendi que dessa maneira o verdadeiro trabalho que busquei realizar com esta escrita talvez não se tornasse conhecido.

Embora tenha procurado percorrer esta trajetória dentro dos moldes do que demanda a pesquisa científica, estabelecendo um problema de investigação devidamente fundamentado para a realidade da Universidade, o desejo e as indagações que levaram à posterior construção deste trabalho partem, sobretudo, do que se decanta de sete anos de uma prática cotidiana enquanto psicóloga orientada pela psicanálise em uma maternidade escola da cidade de Salvador, com assistência 100% voltada para o SUS. Elementos permeados das minhas inquietações enquanto uma mulher branca, cisgênero, de classe média, atravessada por condições de existência em muito distintas daquelas mulheres que vão buscar tratamento e parir neste espaço onde trabalho, mas, sobretudo, enquanto um sujeito que não deixa de ser tocado pelos enigmas da origem e pelas rotas que observei outras mulheres formularem para suas vidas em um mundo que não foi pensado para elas – especialmente para mulheres como as que são apresentadas como protagonistas deste estudo: em sua maioria, pobres e negras.

Meus caminhos profissionais acabaram por fazer com que depois de ter atuado como residente em um hospital geral, me visse convocada a retornar para uma maternidade, a mesma instituição na qual tive a minha primeira experiência clínica como estagiária. Um retorno cuja polissemia merece ser notada.

Ao construir um fazer nesse espaço, percebo a potência que carregam os encontros analíticos que permeiam os momentos inaugurais não apenas para os bebês que nascem, mas também, em grande parte das vezes, para as mulheres e suas famílias que lá transitam.

É sobretudo pela força com a qual essa busca pela maternidade ainda reverbera, mesmo em um mundo que parece mostrar-se tão inóspito – em diversos sentidos – para se assumir a responsabilidade de criar uma criança, que o interesse sobre ela enquanto um tema de estudo, a meu ver, segue se justificando. A despeito das diversas produções da literatura sobre a maternidade, perdura um tanto de real, que segue convocando as tentativas de circunscrever e apalavrar.

Dentre as convocações para elaborar e, enfim, pesquisar dentro deste universo, uma determinada cena neste contexto da assistência foi chamando especialmente a minha atenção: o

retorno à instituição de saúde de mulheres com histórico de perdas ocorridas ainda no período perinatal novamente grávidas ou em busca de um tratamento que as possibilitasse gerar filhos biológicos. A partir da experiência de escuta deste público foi possível perceber como cedo ou tarde essas mulheres, ainda comprometidas com a busca por outra vivência de maternidade, costumavam deslindar relatos de profundo sofrimento derivado dessas perdas ou denotá-lo por outras vias, como sintomas e defesas, raramente vivendo suas novas experiências sem se esbarrar com reminiscências das ocorrências anteriores. Justamente ao dar conta das profundas dificuldades fisiológicas, sociais e emocionais já vivenciadas ao longo de outras gestações e puerpério, amplificadas nos casos em que essas ocorrências se repetiam, foi-se formulando uma indagação acerca do que então as fazia sustentar este desejo pela maternidade tão desancorado de garantias em tempos como os de hoje – nos quais muitas mulheres vêm abdicando da maternidade como um projeto de vida – e quais formas, afinal, ele passa a apresentar neste contexto particular.

Ao constatar que certos aspectos que caracterizavam essas experiências pareciam se repetir, traçando uma espécie de particularidade entre as mulheres com histórico de perdas perinatais assistidas neste contexto, foi-se produzindo o interesse – e, sobretudo, o desejo - de buscar sistematizar e aprofundar conhecimentos em torno destas vivências de modo a alcançar uma maior instrumentalização desta prática clínica e publicizar tais aspectos tão vivos no cotidiano da assistência através da literatura. Algo que adquire especial relevância ao passo em que reconhecemos que a maior parte do que é produzido em torno do tema da maternidade, especialmente em se tratando de experiências consideradas “comuns” ao ciclo gravídico-puerperal, evidencia, em verdade, o viés da experiência de mulheres brancas e de classes econômicas mais abastadas, tratadas como “sujeito universal” cujos atravessamentos de classe e raça costumam ser invisibilizados.

Sendo assim, este estudo foi estruturado de maneira a buscar responder de que modo a relação que uma mulher estabelece com a maternidade é afetada pela vivência de perdas perinatais, tendo como contexto de fundo as coordenadas do desejo na contemporaneidade em seu nicho social particular.

Logo na introdução, busquei mapear o contexto no qual se situa a questão do desejo pela maternidade na atualidade de modo a evidenciar ressonâncias históricas e importantes nuances que perpassam este campo na cultura e apresento também alguns achados da literatura acerca da

vivência de perdas perinatais nesta conjuntura, circunscrevendo o problema do estudo. Em seguida, apresento a metodologia empregada na realização do trabalho.

Os três primeiros capítulos são destinados à discussão teórica: os dois primeiros desenvolvidos no intuito de mapear elementos da teoria psicanalítica em torno do tema da maternidade que sejam instrumentais para a leitura das questões apresentadas e o terceiro voltado para a dimensão do luto, que já se apresenta a partir de um recorte comprometido em evidenciar as particularidades concernentes ao trabalho de elaboração relativo às perdas ocorridas no contexto específico deste estudo, ou seja, no período gravídico-puerperal.

Em seguida são apresentadas em cinco subseções (4.1 a 4.5) as construções de cinco casos clínicos.

Estes casos são posteriormente retomados ao longo de três capítulos voltados para uma mais ampla discussão dos resultados deste trabalho e organizados de modo a buscar responder aos seus objetivos específicos. No primeiro deles se estruturaram duas subseções. Em “Os lutos e seus destinos nas experiências perinatais” (5.1), é feita uma análise de como reminiscências decorrentes das experiências de perda perinatal se manifestam ao longo dos novos encontros com a maternidade e as nuances entre as formas como, nos diferentes casos clínicos, os trabalhos de luto são reconstituídos e (re)elaborados. Em “Como circulam a angústia e o desejo nos (re)encontros com a maternidade?” (5.2), como o título explicita, é discutido como os afetos, os mecanismos defensivos e o desejo destes sujeitos se apresentam no curso das novas gestações, avançando também para uma análise das significações que passam a ser evidenciadas, tensionadas ou produzidas acerca dessas novas vivências.

No capítulo 6, “O trabalho analítico e as possibilidades de reposicionamento subjetivo face à maternidade”, são analisados os efeitos da escuta e das intervenções analíticas, bem como os processos subjetivos que se sucedem naqueles contextos.

Por fim, o capítulo 7 “A interseccionalidade nas experiências de maternidade, luto e cuidado” é apresentado com o intuito de recuperar elementos presentes nas entrelinhas dos casos que merecem ser melhor analisados em uma perspectiva atenta aos atravessamentos de raça, classe e gênero na produção das subjetividades, do laço social e das práticas em saúde.

Nas considerações finais deste trabalho, são retomados os principais achados e conclusões deste estudo que, certamente, não responde de todo às questões inicialmente formuladas, mas,

aposta-se, incita um desejo de trabalho em torno de suas lacunas e um saber fazer com o que se pôde, enfim, produzir deste percurso.

INTRODUÇÃO

A concepção de feminilidade na história ocidental moderna esteve por muito tempo relacionada à maternidade. Para Badinter (1985), respaldada em registros históricos que evidenciavam uma relação mãe-bebê destituída de especial investimento, a elevação da noção de maternidade a um ideal, correlato a um padrão de afetividade e conjunto de comportamentos específicos da mulher em relação ao seu filho¹, respondia a uma série de interesses econômicos e sociais de uma época. Assim, o mito do amor materno enquanto um instinto natural à mulher nasceu junto à família moderna burguesa e capitalista, trazendo uma nova roupagem à divisão social do trabalho, à relação de poder entre os gêneros, e agindo como potente organizador do laço social.

Para a psicanalista Maria Rita Kehl (1998), este contexto cultural repercute nas primeiras teorias psicanalíticas em torno do tema. Ela destaca, entretanto, que, se na época na qual viveu Freud a maternidade ainda despontava como única forma de inscrição simbólica da mulher na cultura², ou seja, única forma de desempenhar o protagonismo de um papel socialmente reconhecido e exercer a função de uma saída fálica – posteriormente apontada por Lacan (1972-1973/2020) como não-toda via de realização feminina – na contemporaneidade, passou a conviver com diversas outras possibilidades. A partir de acontecimentos como a ocupação de novos espaços públicos, associada à maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, o direito ao voto e a descoberta e difusão de novos e mais eficazes métodos contraceptivos, pode-se afirmar que a ideia de “tornar-se mãe” foi deslocada para uma esfera de escolha, e que excluiria, conseqüentemente, tantas outras. Para Badinter (2011), todavia, tanto a difusão quanto o enfraquecimento dos ideais relacionados à noção de uma maternidade instintual, enquanto uma virtude feminina, e, portanto, via de realização privilegiada para uma mulher, não ocorreram de modo igualitário em todos os extratos sociais.

Essa distinção está presente na obra da filósofa e feminista negra Angela Davis. A autora estadunidense apontou que o discurso sobre a feminilidade do século XIX que exaltava a docilidade das mães e donas de casa não poderia incluir as mulheres negras, cuja força de trabalho havia sido,

¹ O termo “filho” está sendo utilizado aqui para designar crianças de ambos os sexos genericamente. Optou-se por não realizar flexões de gênero por considerar que, diante de sua recorrência ao longo do texto, poderia acarretar prejuízos na fluidez da leitura.

² A apropriação psicanalítica do tema será mais amplamente desenvolvida em sessão posterior.

historicamente, tão explorada quanto a do homem negro e que, com frequência, eram afastadas dos próprios filhos para manter funcionando a estrutura das famílias burguesas (Davis, 2016)³. Ainda nos anos 70, em plena revolução feminista, a diferença entre a vivência de mulheres brancas e negras em relação aos seus direitos reprodutivos era escancarada pela dificuldade em se estabelecer um pauta única: enquanto as primeiras defendiam a descriminalização do aborto como expressão da liberdade sobre seus corpos, as mulheres negras e pobres ainda vislumbravam a validação de seu direito à reprodução, lutando contra campanhas governamentais que buscavam induzi-las a restringir o número de filhos e optar pela infertilidade permanente como forma de evitar a criação de “um exército de desempregados” – conduta esta que ainda persiste, de maneiras menos explícitas, nas práticas de saúde, ressoando uma problemática noção de “hierarquia reprodutiva”.

Mas, para além das nuances da experiência e socialização de diferentes agrupamentos de pessoas identificadas como mulheres, o seu amalgamento com caracteres considerados típicos da feminilidade, historicamente também atrelados à maternidade, tem sofrido críticas ainda mais radicais desde o final dos anos 60 atreladas ao questionamento de uma relação anterior: a estabelecida entre sexo e gênero. Foi neste contexto que a antropóloga Gayle Rubin (1975), como representante da chamada segunda onda feminista, passou a utilizar o conceito de gênero para definir a divisão sexual imposta aos sexos, a qual transformaria a fêmea, definida pela biologia, em mulher e o macho em homem. Rubin destacava a importância de se compreender, dentro de cada cultura, os mecanismos pelos quais as convenções sexuais eram produzidas e mantidas, partindo de um modo particular de se utilizar a matéria prima biológica do sexo e da procriação humana para construir, justificar e naturalizar um regime de divisão do trabalho e hierarquias sociais – igualmente ligadas à heterossexualidade compulsória e às restrições à sexualidade feminina⁴.

Avançando nessa discussão e inaugurando uma oposição radical à forma como vinha sendo compreendida a identidade de gênero, a filósofa Judith Butler crítica o relevo e a interpretação comumente dados, neste ínterim, à anatomia, argumentando que o próprio acesso ao corpo já é mediado pela cultura. Segundo Butler (1990, p. 297) é apenas pela “repetição estilizada de atos”

³ Para a autora, foi devido às opressões do período escravista que o espaço doméstico, tido pelas mulheres brancas como destino opressivo, teve para homens e mulheres negras grande importância social, pois foi “o único espaço em que podiam vivenciar verdadeiramente suas experiências como seres humanos” (Davis, 2016, p. 29).

⁴ Em entrevista a Judith Butler (2003), Gayle afirma: “Eu diria apenas que nunca afirmei que a sexualidade e o gênero estão sempre dissociados, apenas que eles não são idênticos. Além disso, suas relações são situacionais, não universais, e devem ser analisadas em situações particulares” (p.205).

que se alcança uma equivocada ideia de substancialização dessa identidade correlata entre sexo e gênero, hegemonicamente fundada a partir de uma lógica binária. Na concepção da autora, este processo de construção da identidade se daria, justamente, diante da coação social, pois haveria uma conduta claramente punitiva frente a comportamentos que desviam da ordem estabelecida. Isso significa dizer que a performance do gênero, ligada às representações, expectativas e ideais culturais sobre eles, sendo tão valorizada, surge como uma “estratégia de sobrevivência” que resulta, em nossa sociedade binária, em esforços individuais e coletivos de “obrigar o corpo a conformar-se com uma ideia histórica” (Butler, 1990, p. 300) de “mulher” ou de “homem”.

Tais questionamentos, embora não sem causar controvérsias e polêmicas, têm provocado pensadoras e pensadores das ciências humanas, incluindo aí o campo da psicanálise, a reformular ou reeditar suas abordagens sobre o tema, que vem se expressando na cena social através de relatos de sofrimento sobre a experiência subjetiva de inadequação ao gênero suposto ou aos atos performativos a ele ligados em dada sociedade, e das saídas, cada vez mais comuns, por meio da assunção de outras formas de identificação, seja por meio das identidades trans ou mesmo pela recusa de uma definição binária ou estável da identidade sexual.

Diante do exposto, não se pode deixar de reconhecer o impacto que os movimentos feministas e também a resistência política e produções intelectuais antirracistas, LGBTQIAPN+ e decoloniais exerceram, direta ou indiretamente, na construção de novas perspectivas críticas sobre o lugar das mulheres⁵ na sociedade ao longo do tempo. Tais correntes de pensamento, para além de suas particularidades, se encontram no potencial questionador de configurações e hierarquias tradicionais de gênero e, com elas, de modelos familiares e de economia dos cuidados vigentes. Indicam, assim, a possibilidade de adoção de distintas vias de construção identitária que passam a dialogar com outras relações de casamento e filiação. Assim, rompendo com um modelo hegemônico, suscitam a liberdade para a constituição de modos de relacionamento mais fluidos ou, de alguma forma, menos referidos à cultura dominante, incluindo o que se dá entre mães e filhos, produzindo e/ou validando novas coordenadas para o desejo pela maternidade, ou mesmo para a validação e sustentação da sua negativa.

⁵ A nomenclatura “mulheres” é utilizada aqui com fins estratégicos para designar pessoas nascidas com útero. Embora se reconheça a existência de outras possibilidades identitárias, o termo é adotado por remeter ao lugar social designado, ao longo do tempo, às pessoas que nasceram com caracteres biológicos específicos, convencionados como sendo pertencentes à fêmea humana, e, assim, situar também a discussão de suas implicações.

Um dos produtos destas transformações nas bases familiares é a ascensão da noção de parentalidade, apontada por Daniela Teperman (2020) como uma tentativa de dar conta das mudanças nas práticas sociais e legitimar modelos de família que até então não eram validados. Embora represente ganhos, como o estímulo de uma divisão de responsabilidades mais igualitária quanto aos cuidados e educação dos filhos, frente aos quais as mulheres se viram historicamente sobrecarregadas, a autora destaca que a adoção do modelo de parentalidade não se dá sem o entrelaçamento a caracteres típicos da sociedade atual, diante da qual a indiferenciação e aposta na ausência de conflitos despontam enquanto ideais. Diante da impossibilidade de que estes se cumpram – o que, cabe dizer, é estrutural – o perigo de uma parentalidade normativa e ortopédica reside no esforço contemporâneo por tamponar faltas e excessos com intervenções corretivas, tipicamente respaldada por “especialistas”, retirando destas mães e pais o que há de mais próprio da transmissão familiar e, muitas vezes, convidando-os a executarem suas funções de maneira alienada. Fato com repercussões tanto para si quanto para a saúde e desenvolvimento de uma criança que também precisa aprender sobre um “saber fazer com a falta” (Teperman, 2020).

Esta suposta tendência “progressista”, entretanto, não caminha sozinha. Para Cristiane Marcos (2017), paralelamente a esses movimentos, a política neoliberal, que forja subjetividades pautadas no consumo e para as quais as demandas econômicas trazidas por um filho podem ser vistas como indesejáveis, associada ao esgarçamento dos laços sociais contemporâneos e ao declínio da autoridade paterna, também parecem, paradoxalmente, abrir via para uma nova idealização da mãe. Esta, já revivida entre as décadas de 1970 e 1980, como um “rebote” conservador⁶ – do qual, contemporaneamente, se tem nota em diversas esferas do laço social], também se manifesta, segundo Badinter (2011) por meio da figura da “boa mãe ecológica” que comumente responde a interesses políticos e sociais bastante distintos da corrente tradicionalista.

Associada a valores de harmonia e respeito absoluto pela Natureza, especialmente evidenciados no campo das práticas de saúde, ela pode se manifestar como uma forte oposição à hegemonia do discurso da ciência, propondo uma via para retomar a autonomia confiscada das mulheres pela medicina e pelo patriarcado no processo de se tornarem mães. As mulheres que se filiam a este ideal, entretanto, não se tornam imunes à certa romantização desta vivência, cujos efeitos em uma sociedade que cultua a performance podem ser paralisantes. Não raro, apontam

⁶ Segundo análise de Safatle (2021), o mesmo neoliberalismo que se promoveu associando-se, inicialmente, a uma noção de liberdade individual vem se atrelando às ondas conservadoras que tomam o mundo em uma espécie de tentativa, por meio do controle social, de evitar uma reação da sociedade em relação à crise do capitalismo.

Feliciano e Souza (2011), as mulheres inseridas nessa lógica passam a se culpabilizar por não serem capazes de parir pela via vaginal – expressa como “normal” ou “natural” – ou por encontrarem dificuldades em amamentar seus filhos, compreendendo tais adversidades como um fracasso no encontro com sua própria natureza.

Este cenário é reconhecido e analisado por Badinter (2011) em sua obra “O conflito: entre a mulher e a mãe” ao deter-se sobre as questões surgidas em torno do tema da maternidade na passagem do século XX para o XXI. A autora traz ao debate dados sobre a realidade reprodutiva europeia apontando que, enquanto em países nos quais as mulheres têm maior participação no mercado de trabalho as taxas de natalidade são maiores, a exemplo da França, o oposto ocorre em territórios nos quais há uma maior força social do chamado “modelo da boa mãe”, onde os deveres maternos são os mais pesados e as políticas familiares que colaboram para a tarefa da maternagem são ausentes ou pouco efetivas. Obviamente, cabe considerar, a realidade trabalhista na França é muito distinta da brasileira. Entretanto, é possível extrair desta leitura, em conformidade com Badinter, que fenômenos como a decisão feminina de permanecer sem filhos⁷ ou a situação de casais que prorrogam a chegada da criança retratam que, embora uma parcela das mulheres possa estabelecer um encontro bastante satisfatório com a maternidade nos termos postos, atualmente uma boa parte delas se afasta ou adia a perspectiva de se tornar mãe justamente pelo caráter de extrema abdicação a ela associado.

A autora acrescenta sua impressão de que, muitas vezes, é a exigência da idade e o medo de perder a possibilidade de ser mãe, governada pelo “relógio biológico”, que induzem as mulheres a procriar, mais do que o irresistível desejo de um filho. Situações como essa foram retratadas no trabalho realizado pela socióloga israelense Orna Donath. Em sua obra *Mães Arrependidas*, Orna (2017) dá voz a mulheres que constatam que não teriam optado pela maternidade se pudessem voltar no tempo, muitas delas demonstrando dificuldade em definir se foi algo que buscaram e outras apresentando a consciência de que encarnaram esse papel por pura imposição do parceiro, da família ou de determinado contexto social. Essa leitura sugere a forte importância dos ideais culturais tanto na experiência concreta das mulheres diante da tarefa de maternar, quanto nos determinantes de sua escolha por tornar-se mãe ou não.

⁷ Badinter (2011) comenta não existir de um termo específico para nomear este fenômeno em lugares nos quais ele ainda não se exprime de maneira significativa, como na França. As anglófonas, por sua vez, distinguem os termos “childless” de “childfree”, atribuindo ao segundo o caráter de escolha pela ausência das crianças, e os alemães falam de *Kinderlosigkeit*, expressão que significa o ideal da ausência de filhos.

O ato decisório, ainda que amadurecido, entretanto, não anula o status de divisão vivido por essas mulheres após o nascimento de seus filhos. Jerusalinsky (2008) chama nossa atenção para a frequência com a qual se escutam mulheres referindo-se aos primeiros tempos dedicados ao cuidado do bebê de maneira extremamente ambivalente “por um lado, desfrutando do idílio do estar ‘fora do mundo com esse bebê’, por outro, referindo o insuportável do estar ‘fora da circulação social’ do trabalho, da produção cultural, do desejo sexual” (Jerusalinsky, 2008, p. 17). A autora chama de “angústia na pós-maternidade” a vivência deste mal-estar que toma traços particulares dos tempos atuais, marcado pela diversificação das ofertas e imperativos de gozo – ainda que não igualmente disponíveis a todas as mulheres. A partir da constatação de que estes se veem obstaculizados com a chegada do bebê, tal contexto favorece que a nova mãe se sinta ora frustrada em suas outras ambições como mulher, ora culpada por buscar realizá-las ou pela própria dissonância entre as emoções que experimenta e aquelas que idealizava viver no papel de mãe.

Diante do exposto, pode-se dizer que as mulheres contemporâneas se encontram submetidas a diferentes “centros enunciativos” de discursos sobre a maternidade, muitas vezes, inclusive, conflitivos entre si (Caffé, 2020). Estes são decorrentes de construções ideológicas e políticas instituídas coletivamente, mas também de modo múltiplo e heterogêneo ao longo do tempo, as representações e valores a partir deles produzidas incidirão de maneiras distintas em cada mulher em dependência de suas histórias de vida, marcas inconscientes e singulares e de onde se localizam ao longo das avenidas identitárias. Estas, separadas por marcadores como classe, raça e seus cruzamentos, cabe lembrar, também costumam depor sobre a possibilidade de circulação social e de acesso a outros e distintos modos de realização na vida pública ou privada que têm uma mulher (Akotirene, 2020)⁸, o que não passa sem efeitos sobre o investimento particular que cada uma delas tenderá a direcionar a seus projetos de maternidade.

Entretanto, é preciso apontar, a despeito de haver e seguirem ocorrendo importantes transformações e nuances nas maneiras de se pensar e viver a maternidade e de serem cada vez mais reconhecidas as respostas particulares que cada mulher pode elaborar a respeito do desígnio de ser mãe, não se pode negar que o lugar do filho segue, no mínimo, como uma conjectura ao longo de suas vidas (Dunker, 2020). É fato que as meninas ainda são, ao menos na realidade brasileira, desde a infância, submetidas ao que Zanello (2000) chama de “dispositivo materno”,

⁸ Esta citação faz referência ao pensamento interseccional, conforme defendido pela assistente social baiana Carla Akotirene, cujas bases são situadas no feminismo negro e decolonial.

referido a uma precoce interpelação da performance do cuidar, seja por meio dos brinquedos que comumente recebem ou mesmo pela atribuição concreta de tarefas com esta conotação, ainda mais presentes entre as classes populares, associada a responsabilidades familiares que não costumam ser igualmente propostas a crianças do gênero masculino. Mas, para além de serem desde cedo “preparadas” e confrontadas com essa possibilidade de virem a exercer a maternagem, há ainda um fato que ultrapassa – embora não seja a ele imune – a experiência das mulheres cisgênero⁹: a apropriação de um corpo que, devido ao seu aparato biológico, supostamente se prepara a cada mês para abrigar uma gestação. Se a experiência de corpo também nos atrela a processos de subjetivação particulares, há de se considerar que estas mulheres se constituem e se organizam, ainda hoje, a despeito de nutrirem qualquer desejo pela maternidade, convivendo com a suposição da possibilidade de gerar uma criança e suas implicações de ordem prática e subjetiva.

A partir deste contexto no qual o desenvolvimento das mulheres é marcado por tais variáveis sociais, biológicas e subjetivas, pode-se depreender que a constatação de uma impossibilidade de se realizar o projeto parental através da inviabilidade fisiológica de gerar um filho saudável seja tomado como algo, ao menos, inesperado, podendo chegar a ser vivido, segundo Iaconelli (2005), como uma ruptura do ciclo da vida (Muza et al., 2013). Nestes casos, se dá a necessidade de elaborar acerca do ocorrido, um trabalho que tende a relançar o sujeito que sofre tal experiência de perda à um confronto com a questão do seu próprio desejo e das coordenadas que o impelem ou não ao caminho da maternidade. Estas passam também pelo exame dos alicerces identificatórios em jogo na perspectiva de ocupar o papel de mãe, os quais, muitas vezes, não poderão se sustentar da mesma maneira após o evento. Desse modo, a perda é apresentada neste trabalho como uma condição de possibilidade para o estudo ao evidenciar, pelo seu negativo, as coordenadas do desejo pela maternidade que, por vezes, podem apenas fazer apelo pela via da falta.

O tema das perdas gestacionais e perinatais vem adquirindo maior visibilidade ao longo dos últimos anos, sendo especialmente explorado na literatura em produções sobre a humanização das práticas de saúde (Amaral, 2022; Morgado, 2021; Oliveira et al., 2020; Sanchez et al., 2017) e na área da psicologia, com frequência partindo de correlações entre o evento e o surgimento de sintomas depressivos e ansiosos nas mulheres mães (Albuquerque et al., 2022; Dunkel, 2016;

⁹ Pessoas cisgênero são aquelas que se identificam com o gênero que lhes foi designado no nascimento a partir de uma associação (socialmente instituída) com seu sexo biológico. Cabe sinalizar que, neste trabalho, se visa explorar mais particularmente a vivência destas pessoas que se identificam enquanto mulheres e que nasceram com um aparato biológico supostamente capaz de permiti-las gestar um bebê.

Steinberg et al., 2019) e de discussões sobre o caráter disruptivo que podem exercer em suas vidas (Aguiar & Zornig, 2016; Lemos, 2015; Franco & Andery, 2022; Silva & Tachibana, 2022). Tomando como referencial a literatura psicanalítica, compreende-se que, apesar da relação estabelecida com a gravidez ser sempre singular, de modo que não necessariamente a perda gestacional irá configurar um evento traumático (Lopes et al., 2020), a partir do momento em que uma mulher grávida passa a atribuir um lugar subjetivo ao embrião – ou seja, antecipa sua existência enquanto um bebê e quiçá, um filho – pode-se afirmar que sua perda tende a demandar a realização do trabalho de elaboração psíquica do luto.

Para Freud (1900/2006), o bebê, enquanto representante da imortalidade daqueles que ocupam a função parental, tende a ser investido libidinalmente pelos pais enquanto um objeto narcísico antes mesmo do seu nascimento. Este modo de se relacionar com o futuro bebê seria capaz de gerar-lhes um reavivamento do narcisismo primário em paralelo à construção do que Freud (1914/2006) nomeou como um “amor devocional pelo filho”, que não é encerrado com o fim da gestação e nem mesmo, sem trabalho, com a morte do bebê. Segundo Iaconelli (2007), é justamente essa identificação com o filho, pautada nas projeções da própria história direcionadas ao bebê – e, no caso da mulher, em uma correspondência imaginária, vivida no próprio corpo – que fará com que tal despedida implique em um desafio à parte para sua economia libidinal. Para Aragão (2012), Freire e Chatelard, (2009), estas características tendem a aproximar esta experiência subjetiva de perda ao enlutamento melancólico, no qual se fazem presentes com maior frequência os sentimentos de culpa, esvaziamento do próprio eu, diminuição da autoestima e sensação de fracasso em relação à tarefa reprodutiva.

Diante de eventos como esse, a evitação do tema da morte e do sofrimento, cuja interdição do cotidiano da sociedade se evidencia como uma marca da modernidade (Ariès, 1977/2003), e seu caráter diametralmente oposto às expectativas nutridas em relação à maternidade, seja pela família, comunidade ou mesmo por profissionais de saúde – em especial aqueles da área materno-infantil, educados para lidar com o nascimento – somam-se ainda à comum minimização da importância de uma perda ocorrida ainda no início da vida ou antes mesmo do nascimento do bebê, comumente entendido como de fácil substituição. Embora diferentes discursos tenham ganhado alguma expressividade na busca por favorecer uma forma mais orgânica de se lidar com a morte e as despedidas de um ente querido, entre os quais podemos destacar os cuidados paliativos representados por Kubler Ross e Cicily Saunders, a negação social do luto ainda predomina no

contexto da morte gestacional e perinatal. Para Iaconelli (2007), nem sempre essa resposta social se apresenta de forma explícita, podendo se evidenciar tanto nas reações iniciais frente a um óbito fetal quanto por meio da construção de uma expectativa de que a expressão de emoções e comportamentos relacionados à mesma ocorram por um tempo bem delimitado, supondo, de maneira errônea, uma relação de proporcionalidade entre sofrimento e tempo de duração da gestação ou de vida do filho.

A este respeito, Callister (2014) vai apontar que em culturas onde é atribuída uma importância simbólica à concepção, à gravidez e à infância, a perda perinatal pode ser vivida como um evento muito significativo e doloroso para uma mulher e/ou casal. Para a pesquisadora brasileira Casellato (2005), entretanto, endossada por pesquisas mais contemporâneas (Lopes et al., 2020; Moreno & Bleicher, 2022) a perda gestacional ainda configura, na realidade local, um fenômeno recorrentemente associado ao luto não reconhecido. A autora ressalta que, diante da impossibilidade ou obstrução dos caminhos para a elaboração do luto¹⁰, sobre os quais desde Freud (1914/2000) a importância desta validação social era indicada, a ocorrência de um luto complicado por parte da família que perde um bebê ainda não nascido pode se tornar bastante provável.

De modo coerente, a literatura já produzida em torno do tema das perdas gestacionais, perinatais e neonatais tem sido unânime em indicar a importância de se conferir visibilidade à vivência subjetiva das mulheres e famílias enlutadas (Casellato, 2005; Iaconelli, 2007; Muza et al., 2013; Moreno & Bleicher, 2022). Parte destes estudos, conforme aponta a revisão de literatura realizada por Lopes e colaboradores (2020), debruça-se em elucidar vias de atuação para profissionais de saúde frente a tais eventos, visando ações que favoreçam a elaboração do luto, como a mediação de rituais de despedida e adoção de um manejo diferenciado do corpo do bebê, sempre que possível.

Uma escuta psicológica especializada, que suporte a expressão de angústia e sofrimento dos pais, também vem sendo reconhecida como importante intervenção em situações de luto perinatal (Mendonça, 2018; Muza et al., 2013). Por meio dela, além do apoio emocional, faz-se relevante identificar a presença de variáveis que surgiram necessidades especiais de cuidado no processo, ainda que este seja sempre singular. Neste universo, em consonância com a experiência clínica, estudos apontam (Carvalho, 2016; Brás, 2019; Vizinha, 2020) que um histórico de perdas

¹⁰ Estas condições serão abordadas em maior profundidade na sessão do marco teórico “As condições de elaboração do luto na perda perinatal”.

gestacionais e neonatais, possivelmente atualizadas por uma nova experiência traumática ou pela própria vivência da gravidez, deve ser visto com especial atenção.

A questão das perdas repetidas, assim nomeada pela obstetrícia nos casos em que a mulher sofre duas ou mais perdas gestacionais/perinatais sucessivas, costuma ser desafiadora mesmo no campo da medicina. Segundo Matter, Traina e Daher (2015), apesar de existirem fatores de risco bem estabelecidos para o óbito fetal, em cerca de metade dos casos não se consegue identificar a etiologia destes eventos. Essa ausência de uma causalidade clara costuma trazer repercussões psicológicas importantes. Nikcevic et al. (1999), em seu estudo longitudinal prospectivo, compararam o estado emocional de mulheres que tiveram as causas das perdas identificadas e daquelas que não as tinham, atribuindo à identificação e comunicação destes diagnósticos uma redução nos sentimentos de culpa e autorresponsabilização pelo ocorrido. Andajani-Suthahjo e Manderson (2004), além de Mendonça (2018) trouxeram achados semelhantes e enfatizaram as implicações psicológicas da construção de fantasias a respeito da causa da perda por parte destas mulheres, identificando também a recorrência de uma crença de que o aborto seria consequência de algum ato interpretado como “mau” e cometido por elas no passado.

As mesmas repercussões da perda puderam ser conferidas na realidade brasileira por Volkmer (2009) em uma das poucas pesquisas nacionais voltadas para os aspectos subjetivos da vivência de perdas gestacionais repetidas. A partir da análise de narrativas de mulheres com históricos de abortamentos habituais, entrevistadas na cidade de Salvador-BA, a autora percebeu a presença de uma correlação entre os sentimentos de culpa e a suposição, por parte das mesmas, de uma causalidade associada a alguma ação danosa empreendida pelas próprias, ou de algum problema de ordem física ou psíquica concernente a elas. Além deste sentimento, a autora destacou, na caracterização de seus estados subjetivos, a percepção de vulnerabilidade pessoal, intensificada em novas experiências gestacionais. Ou seja, a gravidez, após a história de perdas gestacionais recorrentes, era percebida como um evento estressante e potencialmente ameaçador, visto que poderia levá-las a vivenciar, no futuro, determinados eventos avaliados como negativos, como complicações gestacionais, uma nova perda, conflitos familiares, entre outros, suscitando emoções como o medo e a ansiedade.

Neste ponto cabe indicar que, de fato, os protocolos adotados pelas equipes de saúde nestas circunstâncias e os tratamentos disponíveis, ainda que possuam eficácia – a exemplo da realização de cerclagem e colocação de pessário no manejo do encurtamento do colo uterino ou utilização de

anticoagulantes e outras medicações frente a quadros de trombofilia e diferentes complicações típicas da gravidez – não isentam inteiramente a mulher do risco de uma nova perda. A este respeito, cabe o adendo de que esses recursos e procedimentos também são usualmente acessados de maneira distinta entre mulheres de diferentes classes sociais/econômicas, pois, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro conte com dispositivos especializados para gestações de alto risco, ainda é proporcionalmente pequeno o investimento em tecnologias que costumam ter um alto custo como a reprodução assistida, por exemplo, fato que limita e diferencia a oportunidade de viabilizar os projetos de maternidade dessas mulheres. Ademais, ainda que os tratamentos possibilitem o alcance da viabilidade gestacional, na grande maioria dos casos não isentam as grávidas da necessidade de se submeterem a um monitoramento contínuo e a restrições importantes neste período.

Estes cenários tendem a favorecer a vivência de “gestações obsessivamente acompanhadas” de que fala Iaconelli (2020). Nestas circunstâncias, o saber do especialista e o discurso científico, aproximados ao discurso do mestre (Lacan, 1969-1970/1992) e interpelados pela demanda destas mães e pela expectativa nutrida socialmente de que a medicina compareça com respostas e saídas frente às mazelas do corpo (e do) humano, podem ocupar um lugar de centralidade na experiência gestacional destas mulheres. Como efeito, há o risco de que a mulher submetida a estes cuidados venha a assumir uma posição alienada, diante da qual não há espaço para que se entre em contato com seu próprio saber enquanto sujeito sobre a vivência de gerar, gestar e maternar, processo relevante para a construção e apropriação de uma posição e função maternas sintônicas à sua história de vida e que, embora distante de se encerrar com o fim da gravidez, encontram nesse período um terreno potencialmente rico para a constituição desta tarefa.

A realidade destas mulheres que encontraram obstáculos à realização do desígnio de se tornarem mães pode ser vislumbrada em minha prática profissional. Ao longo da minha atuação como psicóloga em uma maternidade da rede pública em Salvador-BA, especializada na atenção a gestações de alto risco, é frequente o atendimento a mulheres com passado de perdas perinatais que retornam à unidade no curso de novas gestações ou buscando tratamento que viabilize o alcance deste objetivo. O investimento destas mulheres no seu projeto parental, firmado a despeito das complicações de ordem psíquica, social e fisiológica experimentadas anteriormente provoca um questionamento sobre o que as faz sustentar, ainda hoje, este desejo pela maternidade tão

desancorado de garantias. Este percurso, entretanto, não costuma ser vivido sem efeitos das marcas do passado e dos lutos – bem ou mal elaborados – pela perda de seus filhos.

Diante disso, cabe indagar: de que modo a relação que uma mulher estabelece com a maternidade é afetada pela vivência de perdas gestacionais/perinatais, tendo como contexto de fundo as coordenadas do desejo na contemporaneidade em seu nicho social particular? A questão se faz premente de ser relançada não apenas pela carência de estudos voltados para a vivência subjetiva de mulheres com histórico de perdas gestacionais/perinatais na realidade brasileira e, especialmente, daquelas de classes populares, mas, sobretudo, tendo em vista as inegáveis transformações nos campos da reprodução biológica e social que vêm incidindo de maneira profunda e heterogênea sobre os ideais construídos em torno da maternidade e feminilidade, família e identidade sem, entretanto, vermos ser extinto o desejo de uma mulher se tornar mãe.

Dessa forma, o estudo terá como objetivo geral analisar, por meio da escuta psicanalítica de mulheres assistidas pelo SUS, de que modo a relação estabelecida com a maternidade é afetada pela vivência de perdas gestacionais/perinatais. Enquanto objetivos específicos foram propostos: analisar como as mulheres experienciaram o luto pelas perdas perinatais anteriores; compreender como são experimentados os novos encontros com a maternidade por mulheres com histórico de perda perinatal e identificar efeitos da escuta pautada na psicanálise na relação estabelecida por mulheres com histórico de perdas gestacionais/perinatais com a maternidade.

METODOLOGIA

A pesquisa em psicanálise é tida como algo inerente ao tratamento (Freud, 1913/2006), visto que ao mesmo tempo em que o uso da técnica permite um modo particular de coleta de dados, atua também como instrumento capaz de favorecer a reorganização dos recursos simbólicos dos sujeitos participantes da pesquisa.

Entretanto, destacam Dunker e Ravello (2019), estas duas vertentes do método psicanalítico não devem ser concebidas como estruturas equivalentes que operam com seus conceitos e noções fechando-se em si mesmas. Para os autores, os métodos de investigação e de tratamento psicanalítico, tal como propõe Lacan (1967) sobre a relação entre a psicanálise em extensão e intensão, são como duas bandas de Moebius, realizando torções em sentidos contrários, mas mantendo-se ligadas, sem ruptura. Tal modo de compreensão sobre a pesquisa psicanalítica permite reforçar a existência de uma homologia entre a formalização da experiência clínica para efeito de formação do(a) psicanalista e direção da cura e para efeito de transmissão da psicanálise no discurso da ciência. A compreensão moebiana sobre a transmissão do trabalho clínico pautada nesse modelo topológico também fundamenta a sua validade metodológica ao favorecer, segundo os autores, a formalização de uma relação não dicotômica entre as esferas pública e privada, universal e singular, ética e ciência, cuja crença na relação de exclusão costuma ser o bojo da crítica das ciências duras a todo percurso investigativo que se situe fora da busca pela representação estatística.

Alinhado à essa concepção, Sauret (2003) dirá que só pode ser verificado caso a caso, e que o psicanalista deve atentar-se, buscando, a partir disso, desenvolver a lógica que permite sustentar resultados a partir do particular sem deixar de dialogar com as exigências da ciência. Isso significa também, fazê-lo da maneira fiel ao seu objeto de pesquisa: o inconsciente, o qual só pode ser acessado por via dos seus fenômenos, como atos falhos, sonhos e sintomas (Nogueira, 2004) e pela presença evanescente entre os significantes que se encadeiam na cena analítica.

Partindo deste entendimento, o método do estudo do caso clínico foi eleito para a realização deste estudo. Estruturada em conformidade com a relação particular entre técnica analítica e investigativa, o estudo do caso clínico destaca-se desde os primórdios da psicanálise como método principal. Afinal, foi a partir de seus casos clínicos que Freud construiu um corpo conceitual passível de transmissão.

Para Figueiredo (2004), a formalização do caso não se resume à uma teorização. Ela deve partir da escuta interessada do sujeito para fazer um arranjo dos elementos do seu discurso, de modo que não se torne uma tentativa de ilustração de conceitos ou corresponda ao mero relato da história do(a) paciente com seus detalhes, mas àquilo que se extrai da prática clínica, a partir das intervenções do(a) analista. Assim, deve evidenciar em sua construção os significantes do(a) analisando(a), as elaborações em análise e as respostas do(a) analista e seus efeitos, situando, a partir da reconstrução de uma narrativa a condução do caso e a posição do sujeito.

Como matéria prima para estas construções, foram utilizados dados presentes nos registros de atendimentos psicológicos realizados pela psicóloga pesquisadora, constantes nos arquivos internos do serviço no qual atua ou presentes em prontuários gerais das pacientes eleitas como participantes do estudo.

Cinco mulheres foram selecionadas como sujeitos da pesquisa a partir dos seguintes critérios de inclusão: ter histórico de perda gestacional/perinatal e ter realizado acompanhamento psicológico na instituição conduzido pela psicóloga pesquisadora, podendo este ter ocorrido tanto ambulatorialmente quanto durante período de internamento hospitalar na Maternidade Climério de Oliveira. Tendo em vista que o estudo não propõe como objetivo fim a generalização dos resultados, optou-se por uma amostra não-probabilística e por conveniência, privilegiando a escolha de participantes com maior potencial para auxiliar na compreensão e caracterização dos fenômenos de interesse na pesquisa.

A Maternidade Climério de Oliveira, apontada aqui como contexto de estudo, é uma maternidade pública federal do Sistema Único de Saúde (SUS), contratualizada como hospital de referência para atendimento a gestações de alto risco no estado da Bahia. Por esta razão, endossada pelo fato de se tratar de um hospital escola da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e filiada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, possui serviços (de internamento e ambulatoriais) estruturados para assistir a mulheres com histórico de perdas gestacionais e perinatais, tanto no que tange ao cuidado multiprofissional à mulher durante e após a ocorrência destes óbitos quanto à investigação de suas causas e realização de tratamentos para viabilizar ou resguardar uma nova gravidez. A MCO-UFBA/Ebserh conta também uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que permite o acolhimento de bebês prematuros e sob outras condições de risco bem como a admissão de mulheres cujas condições gestacionais indiquem uma alta probabilidade de demandar intervenções mais invasivas para ela e o bebê na instituição.

Neste cenário, a psicologia oferta atendimento à totalidade das gestantes hospitalizadas e mulheres vivendo situações de perdas, gestações ectópicas, mola hidatiforme, entre outras condições, e pode, também, uma vez identificando a pertinência da continuidade do trabalho analítico, favorecer seu seguimento por meio dispositivo ambulatorial da unidade, onde também são recebidas pacientes encaminhadas por outros profissionais.

Trabalhando com as demandas suscitadas nesse contexto, se faz possível verificar que estas mulheres, com frequência atravessadas por uma vivência de perda anterior, costumeiramente se encontram em um importante processo de reorganização subjetiva no qual a relação com a maternidade – independente de qual seja – ocupa um lugar de destaque e onde contingências relacionadas ao ambiente institucional, à relação com a equipe e com o discurso o biomédico também produzem importantes ressonâncias. Por essa razão, considera-se pertinente a indicação de Figueiredo (2004) a respeito do uso de anotações da pesquisadora sobre observações da rotina da unidade, discussões de caso e interações com a paciente na formulação dos casos clínicos, estratégia aplicada neste trabalho.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da MCO-UFBA/Ebserh, seguindo todos os trâmites indicados para preservação da segurança das participantes da pesquisa. Este estudo está comprometido também com os aspectos éticos necessários a pesquisas envolvendo seres humanos determinados conforme regulamentação do Conselho Nacional de Saúde, tendo garantido que todos os dados de identificação das participantes fossem substituídos por informações fictícias.

Cabe apontar que a metodologia adotada parte do singular, e, portanto, faz-se importante a ressalva de que a mesma não traz garantias de generalização de seus resultados (Iribary, 2003). O objetivo da pesquisa, todavia, não encontra na representatividade uma condição necessária para justificar sua validade, tendo em vista o reconhecimento do caráter único de cada caso e da experiência sempre singular de uma mulher frente aos percalços em relação à maternidade. Por sua vez, a pesquisa presta sua contribuição a partir dos novos sentidos produzidos pelo estudo à comunidade, tornando possível tangenciar questões cruciais que dizem respeito à prática orientada pela psicanálise, além de publicizar elementos e fomentar discussões de importância no exercício da clínica e suas intercessões com as práticas de saúde, especialmente em se tratando de experiências comumente silenciadas, como das mulheres de classes populares.

1. Encontros e desencontros entre a maternidade e a feminilidade na teoria psicanalítica

É evidente que o mundo passou por profundas mudanças ao longo das últimas décadas, especialmente no que tange ao lugar da mulher na sociedade e nos termos da reprodução biológica e social. Estas mudanças, ao contrário do que se poderia esperar, não excluíram o fato de que a maternidade parece seguir, para muitas mulheres, como depositária de expectativas sobre o “enigma do feminino”: uma experiência cujo acesso, supostamente, traria respostas sobre o ser da mulher ao comportar a realização de um potencial existencial, um potencial que seria exclusivo àquelas identificadas ao gênero feminino, especialmente quando também atravessadas pelas contingências de um corpo organicamente assim designado.

Tal noção, ainda presente nos ideais sociais, atesta sua expressividade pela frequência com a qual se apresenta na escuta clínica de mulheres na atualidade. Juntamente a fantasias edípicas sobre o filho e à relação com o mesmo enquanto um objeto valorosamente distinto, tais conteúdos demonstram constituir matéria importante para suas próprias leituras sobre a experiência da maternidade e demandam uma visão crítica sobre o alcance e os limites de suas dimensões imaginárias por parte das psicanalistas que se propõem a teorizações sobre o tema.

Seria crítico ignorar o impacto de uma cultura que naturalizou uma concepção binária de divisão social entre os sexos na construção desta interpretação, que faz referência a uma característica biológica constitutiva para indicar uma espécie de destino privilegiado. Não à toa, a ponderação entre o que seria efeito da educação e modelagem social e o que corresponderia, de fato, a algo próprio da constituição psicosssexual de meninas e meninos, influenciada por uma questão imaginária que tem a anatomia como ponto de apoio, atravessa quase a totalidade dos textos de Freud voltados à temática¹¹ – ainda que, é necessário reconhecer, certo uso do discurso psicanalítico tenha sido historicamente responsável por reiterar essa visão.

¹¹ Podemos situar, a título de exemplo, a introdução de Freud no texto “a feminilidade” (1933/2020), na qual o autor contrapõe a correlação entre feminino-passividade e masculino-atividade ao apresentar outros dados sobre comportamentos de fêmeas e machos na natureza. Um pouco mais adiante no texto, Freud explicitará que “Devemos, contudo, atentar para que a influência das normas sociais não seja subestimada, normas que, de forma semelhante, forçam a mulher para situações passivas”. Dirá ainda que a repressão é “prescrita constitucionalmente e imposta à mulher socialmente” (p.337).

Nesse ponto pode ser interessante lembrar, como o faz Maria Rita Kehl (2020), que a célebre frase "não se nasce mulher: torna-se", atribuída à brilhante intelectual feminista Simone de Beauvoir, tem sua real autoria em Freud¹². Ela refere-se à noção de que seria necessário um extenuante trabalho psíquico para a transformação de uma menina em mulher; percurso no qual a chegada de um filho teria, segundo o autor, um papel decisivo. Tal colocação, entre outras elaborações de Freud em torno do tema da maternidade e da feminilidade, merece ser examinada cuidadosamente, visto que muitas leituras reducionistas são atribuídas ao seu legado. Freud, de certo, sofreu efeitos das lentes interpretativas de seu tempo, mas sua sensibilidade clínica o permitiu ir além tanto ao apontar suas conclusões quanto seus déficits – não à toa, observações derivadas diretamente de sua escuta permanecem tão atuais, como vem sendo aqui ilustrado.

Ao longo do seu percurso, Freud (1908/2016) se debruça sobre o desenvolvimento psicosexual da criança (até então desconsiderado) até alcançar a vida adulta, partindo, inicialmente, da experiência do menino como modelo. É importante dizer que sua teoria é construída tanto pela observação das crianças quanto pela escuta dos adultos que, pelos seus ditos e sintomas apresentados em análise, atualizam fantasias infantis. É a partir das consequências clínicas extraídas de certas experiências no início da vida que Freud endossa seu valor no processo constitutivo dos sujeitos e se esbarra com a questão da diferença anatômica. Nesta perspectiva, o pênis, atribuído do valor de falo, adquire especial destaque, pois, considera Freud (1924/2020), é justamente a relação de intenso investimento narcísico no órgão que motiva o menino à uma mudança de posição em relação ao Édipo, sofrendo as repercussões da angústia de castração.

Freud (1923/2020) dirá que a observação dos órgãos sexuais pelas crianças, em um primeiro momento, não leva ainda ao reconhecimento desta diferença, seja devido à crença de que o órgão feminino ainda irá crescer ou já despontando como um mecanismo de negação. Essa constatação, segundo ele, opera com maior efetividade na fase fálica, a qual, embora não esteja definida pela simples cronologia, foi inicialmente associada ao período entre 4 e 6 anos, o mesmo no qual, pode-se dizer, meninas e meninos passam a ser submetidos a formas mais radicalmente distintas de socialização. Sobre esse aspecto, caberia a crítica de que seria pouco discernível se o estímulo para a percepção da diferença decorreria da ordem biológica, pela visualização do órgão real, ou por uma questão cultural e, portanto, tão mutável quanto a ordem social. Freud não dispunha ainda das

¹² Segundo a autora (Kehl, 2020), Freud referia-se à “árdua elaboração da identificação da menina a seu sexo biológico” (p. 384).

noções, elaboradas por Lacan, dos registros simbólico, imaginário e real, que permitem uma complexificação da leitura sobre o que é, de fato, o falo e como se arranja imaginariamente com a anatomia, mas não deixa de apontar, entretanto, a existência de distintos caminhos, articulados à singularidade de cada sujeito, para lidar com as contingências do corpo.

Para Freud (1923/2020), é na fase fálica que o desejo da criança direcionado à figura materna, primeiro objeto de amor, se vê ameaçado ao passo que, com a valorização da sexualidade genital, mais precisamente fálica, ocorre também o cerceamento de sua busca de prazer pelo órgão por parte dos pais/cuidadores, comum à educação infantil. Essa ação tende a ser interpretada pelo menino, que já reconhece a existência de seres sem pênis como uma ameaça ao órgão, passando a sofrer da angústia da castração – o temor da perda. A chamada dissolução do complexo de Édipo, elabora Freud (1923/2020), tenderia a se dar a partir do recuo da criança a esse desejo em nome do que considera ser sua autopreservação, seguida da identificação com a figura paterna, com quem antes rivalizava pelo amor da mãe. O desejo pela mãe seria substituído, após a fase de latência, pelo amor por alguém “como” a mãe, assumindo assim lugar similar ao da figura paterna.

Nos textos de 1931 e 1933, Freud retoma a sua construção para pensar na particularidade deste processo na menina. Neles, o autor identifica a inclusão de mais duas tarefas, às quais o desenvolvimento psicosexual do homem não apresenta nenhum correlato: uma mudança de zona erógena e também de objeto amoroso. A primeira, estaria relacionada à aceitação da ausência do pênis e o abandono do clitóris, seu suposto equivalente feminino, em detrimento à vagina – uma visão reducionista da sexualidade da mulher, possivelmente devido a reminiscências do seu atrelamento à reprodução biológica, questionada pelo próprio Freud. A segunda consiste no deslocamento do investimento amoroso da figura materna para a paterna, que passa a ser distintamente valorizada na teoria freudiana. Esta se daria justamente a partir da percepção de que sua mãe, ao contrário do que até então acreditava, também não é possuidora do falo e que, portanto, não será capaz de fornecê-lo para si – ou, em uma leitura lacaniana, de apresentar-lhe um significante ao qual possa identificar-se enquanto mulher. Segundo Freud (1931/2020), movida por sentimentos negativos por essa figura materna, cuja ambivalência, atrelada à longa história de amor pré-édipico, passa a predominar na relação, a menina “deposita suas esperanças” no pai, nutrindo a fantasia de dar-lhe um filho – seu substituto do falo. Cabe lembrar que, ao contrário do menino, é justamente a partir da constatação da castração que a menina inicia a vivência de seu Édipo, que

tende a ser mais prolongado no tempo e demovido não pela ameaça da perda do órgão, que já estaria dada, mas pela ameaça de perda de amor (1924/2020).

Vejamos em Freud (1933, p. 354):

O desejo com o qual a menina se volta para o pai é, sem dúvida, originariamente, o desejo do pênis que a mãe lhe negou, e que ela agora espera do pai. No entanto, 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. Não nos esqueçamos de que antes, na fase fálica imperturbada, a menina já havia desejado um filho; esse era o sentido de sua brincadeira com bonecas. Mas essa brincadeira não era propriamente a expressão de sua feminilidade, ela servia à identificação com a mãe, com o propósito da substituição da passividade pela atividade. Ela fazia o papel da mãe, e a boneca era ela mesma; agora ela podia fazer com o filho tudo o que a mãe costumava fazer com ela. Só com o afloramento do desejo do pênis é que o filho-boneca se torna um filho do pai, e a partir daí torna-se a meta do desejo feminino mais intenso. (...) 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.

Assim, ainda que consideremos que a força da experiência pré-edípica de uma menina possa imprimir marcas no desejo de uma mulher pela maternidade e que haja outras características particulares desse “objeto-filho”, elencadas pelo próprio Freud, que mereçam consideração¹³, cabe reconhecer como seu valor foi especialmente destacado na história da psicanálise Freudiana pelo caráter simbólico a ele atribuído dentro da trama edipiana. A partir desta leitura, podemos conferir que, para Freud, o caminho para a maternidade consistiria na saída privilegiada – nomeada em 1933 como a da “feminilidade normal” – frente aos distintos arranjos demandados à menina ao longo do seu desenvolvimento psicosssexual para tornar-se uma mulher, situada ao lado da inibição sexual e do chamado “complexo de masculinidade”, o que poderia parecer facilmente contestável a partir de um olhar sobre as distintas formas de inserção das mulheres contemporâneas no laço social e das diferentes configurações familiares em vigor.

É possível dizer que Lacan tenha dado um passo à frente ao se apropriar do complexo edipiano de Freud e lhe conferir uma nova leitura, já atrelada à ideia dos registros. Lacan recorreu ao estruturalismo e, mais tarde, à linguagem matemática como tentativa de alcançar maior

¹³ Estes elementos serão mais vastamente trabalhados no capítulo seguinte.

neutralidade em suas construções teóricas e afastar-se de um excesso de imaginarização atribuído, especialmente, à psicanálise pós-freudiana que, segundo o próprio, pecou por confundir o sujeito do inconsciente com o lugar por ele assumido no discurso social, ou seja, seu semblante, conceito que mais tarde será aqui desenvolvido.

Para Lacan (1969-70/1992), o Édipo é um “mito freudiano” criado para explicar, com o apoio de imagens, a constituição do desejo e a relação do sujeito com sua própria falta, simbolicamente tratada por Freud como castração. Em outras palavras, sua formulação constitui uma busca por elucidar como o nascente, inicialmente na condição de desamparado, torna-se um sujeito desejante.

Buscando identificar nessa mítica uma estrutura, Lacan (1957-58/1999) propõe, em seu seminário V, no lugar da tríade real “pai-mãe-bebê”, a existência de lugares lógicos fundamentais que se articulariam de modo distinto a cada um dos três tempos do Édipo. Nesta direção, Lacan aponta a dependência fundamental da criança em relação ao grande outro, aquele que o antecede e acolhe, garantindo sua sobrevivência. É por situar-se nessa posição em relação a ele – apontado por Lacan como aquele no exercício da função materna, que será discutida mais adiante – que a criança irá articular-se ao que supõe ser a sua carência, buscando assumir para esse outro a posição de falo, ou seja, de objeto capaz de completá-lo, assim deslindando o seu lugar privilegiado na economia libidinal da mãe.

O segundo tempo do Édipo constitui a entrada de um terceiro – nomeadamente o pai, mas passível a qualquer representante da cultura capaz de captar o desejo da mãe. É justamente ao passo em que detém o interesse materno para além da criança que este age como seu frustrador, castrador e privador da própria mãe, que não mais pode ter sua demanda de gozo suprida em uma relação sem exterioridade com o filho. Este, por sua vez, passa a se questionar a respeito do seu lugar, agora vacilante, como falo materno e sobre as razões que levam sua mãe a direcionar-se para este terceiro, ao qual passa a supor possuir caracteres fálicos que fazem dele, ao mesmo tempo, seu rival e alvo de identificações. Vale salientar que, mais do que a forma como esse terceiro se coloca, importa o lugar que o sujeito que assume a função materna o atribui: o de representante de uma lei que mediatiza seu próprio desejo (Lacan, 1957-58/1999).

Após essa descoberta de que o desejo da mãe está submetido à lei do desejo do outro e da consequente conclusão de que seu próprio desejo depende de um objeto, que ao outro é suposto ter ou não ter, a criança tem acesso à simbolização da lei do pai, a metáfora paterna. Destituído deste

lugar de falo da mãe, a criança se vê obrigada a confrontar-se com a questão de sua própria falta, ou seja, seu próprio desejo. Em outras palavras, ela deixa de lado ser o falo para aceitar a problemática de ter o falo (Lacan, 1957-58/1999). É a instauração desse terceiro tempo que permite que o desejo desse sujeito em constituição circule para os objetos do mundo e para além da relação originária com suas primeiras figuras de referência, embora, importa dizer, não o faça sem carregar alguma marca da mediatização deste outro materno na sua relação com a linguagem.

Cabe ainda apontar que, neste momento de sua obra, embora já reconhecendo o germe da importância da dialética entre ser e ter em jogo nas identificações, Lacan recorre a um pareamento ainda norteado pela diferença sexual: menino, renunciando a ser o falo, engajado na dialética do ter e identificado com o pai; e menina, identificada com a mãe, deparando-se com a dialética do ter a partir do não-ter, com o adendo de que, como a mãe, ela não tem o falo, mas sabe onde encontrá-lo.

Pode-se perceber que, no que tange ao tema da maternidade para a psicanálise, a teoria do Édipo em Lacan fornece subsídios interessantes para a compreensão da relação entre este que faz a função de grande outro e o bebê, esclarecendo que ocupar o lugar do falo materno implica em responder e ser afetado de modo muito particular pelos desejos inconscientes da mãe. Entretanto, Lacan já deixa aí à vista uma separação radical em relação ao que pregava Freud sobre a função da maternidade na constituição feminina: enquanto para o psicanalista vienense a maternidade poderia, em virtude dessa relação particular com o filho, ser considerada uma saída privilegiada, Lacan destitui-a desta posição de centralidade, colocando de maneira clara que a mulher é convocada a um para além do bebê e sugerindo, neste primeiro momento, que é para o homem que ela irá se voltar.

Antes de desdobrar esse assentimento, que muito evolui dentro da própria teoria lacaniana, se faz importante uma breve incursão para situar apropriações contemporâneas sobre a construção do Édipo em Freud e Lacan – ferramenta de leitura da psicanálise que também incidiu, ao longo do tempo, sobre o discurso social, produzindo efeitos difíceis de serem mensurados em sua totalidade. De saída, é interessante apontar que, mesmo o Édipo lacaniano, reconhecido e reafirmado pelos analistas contemporâneos em seu mérito de apresentar a estrutura do processo de constituição psíquica com base em suas funções, costuma ser alvo de críticas e debates vindos de diversos campos, que perpassam pelos estudos de gênero, movimentos políticos LGBTQIAPN+ e feministas, filosóficos, sociológicos e mesmo movimentos dentro da própria psicanálise.

Dentre as críticas, merece ser destacada a elaborada por Foucault (1976/1988) que parte de suas teses sobre a relação entre saber e poder e seus desdobramentos a respeito dos mecanismos do poder disciplinar para reconhecer a própria teoria do Édipo enquanto um dispositivo social de subjetivação. Uma vez tendo evidenciado que as teorias e práticas especializadas, ao ditar os parâmetros de normalização, exercem controle das populações, o autor irá destacar como a psicanálise, especialmente pela forma como apresenta o Édipo sem a devida consideração sobre os determinantes do seu tempo na história, contribuiu para reforçar a normalização de arranjos familiares específicos e do patriarcalismo, por meio da valorização da figura do pai e do falocentrismo.

É partindo de um pressuposto semelhante que Butler (1990/2003), expoente da teoria *queer* reconhecida como uma relevante crítica da psicanálise, endossa o que julga ser a contribuição da teoria edípica na manutenção e ocultação ideológica da heterossexualidade compulsória¹⁴. A autora afirma que, ao apontar como resultado da saída edípica normativa a constituição do objeto heterossexual não incestuoso, a teoria define, simultaneamente, um campo distinto e renegado às homossexualidades e às transexualidades, reforçando preconceitos de gênero, além de leituras limitadas pelo binarismo que considera ainda presente em Lacan.

Já Philippe Van Haute e Tomas Geyskens (2016), por outro lado, constroem o que chamam de uma “antropologia clínica da histeria” para tangenciar a proposta de uma psicanálise que abra mão do Édipo enquanto conceito estratégico. Nesta obra, os autores discutem o lugar central a ele atribuído e problematizam a comum redução da teoria ao seu princípio, que julgam contraditória ao fato de se tratar de um conceito com surgimento relativamente tardio na história da psicanálise. Recuperam, ainda, a noção de uma bissexualidade psíquica primária, presente em Freud¹⁵, bem como a defesa de seu caráter perverso¹⁶ para apontar que tanto a estruturação das questões identitárias quanto das práticas sexuais na teoria psicanalítica partem de uma matriz nomeada por

¹⁴ É interessante apontar o fato de que Butler encontra na própria psicanálise, mais precisamente na teoria das pulsões, um argumento para defender que os corpos nunca se ajustam plenamente às normas de gênero, visto que não são ordenados pela racionalidade ou pelo construtivismo social.

¹⁵ A noção se apresenta desde a sua troca de correspondências com Flies, entre os anos de 1998 e 1904. Em 1923, a atrela como fundamento do complexo de Édipo.

¹⁶ Em 1905 Freud confere amplo destaque ao caráter perverso da sexualidade na construção dos seus três ensaios. A discussão a respeito da aplicação do conceito, entretanto, se estende em sua obra. Destacam-se suas abordagens nos textos de 1919 e 1917, nos quais Freud se mostra fortemente comprometido em dissipar os preconceitos ao redor do termo ao impelir seu interlocutor ao reconhecimento da amplitude do que foi se convencendo chamar de práticas sexuais, bem como da seletividade daquilo que lhe é deixado de fora.

eles de “patoanalítica”: um campo no qual o que é considerado como “normal” tem a mesma estrutura do dito “patológico”. Matriz esta contrastada pelo suposto desenvolvimentismo edípiano, no qual os processos de subjetivação e sexuação têm um roteiro relativamente bem estabelecido, que parte de uma indeterminação polimorfa, sem lei e patológica, chegando a um estágio heterossexual, monogâmico e saudável.

Ao longo desta revisão do trabalho freudiano, em especial, dos seus casos clínicos, Haute e Geyskens (2016) apresentam a tese de que haveria uma incompatibilidade entre a teoria do Édipo e os problemas encontrados na clínica da histeria, apostando que o complexo estaria mais referido à neurose obsessiva. Os autores, por fim, valorizam o trabalho do último Lacan, considerando que, em sua clínica do real, o autor se mostra mais fiel às primeiras teses freudianas, contribuindo para a subversão do que vinha até então sendo considerada a pedra fundamental da teoria psicanalítica.

Debruçando-se sobre tais críticas, a psicanalista Mara Caffé (2018), em seu artigo intitulado “Norma e subversão na psicanálise: reflexões sobre o Édipo”, reconhecerá sua pertinência defendendo, entretanto, a importância de uma leitura não reducionista da teoria. Adotando a perspectiva do paradoxo, apontará para a coexistência de distintas apropriações, indicando também que é a partir de repertórios teóricos muito semelhantes que as produções psicanalíticas participam e escapam dos preconceitos de gênero. A autora, que evidencia a existência de “psicanálises”, endossa que um mesmo conceito pode apresentar diversos sentidos a depender do manejo teórico-clínico-político de quem o utiliza e do tempo histórico em questão. Defende também que, justamente por estar diretamente articulada a conceitos como sexualidade infantil, pulsão e identificação, a montagem edípica carrega a possibilidade “sempre provisória” de contribuir para o reforço à normatização ou para o reconhecimento da disjunção entre sexo, gênero e modalidades de prazer entre os seres falantes, utilizando-se ainda de uma apropriação positiva da sexuação lacaniana, que será mais aprofundada adiante, para fundamentar este parecer. Por fim, conclui que “o Édipo segue o seu caminho, porém não mais o seu reinado”, apostando que este ainda atua como um dispositivo de subjetivação em vigência no ocidente, mas não o único.

Para Maria Rita Kehl (2013), entretanto, não é a extinção do Édipo enquanto passagem organizadora da subjetividade que está em jogo, e sim o reconhecimento de novos vetores que atravessam as condições de passagem e dissolução do complexo na contemporaneidade, os quais, segundo a autora, vão se estabelecer em conformidade com as alterações dos significantes mestres da cultura e das linhas de força que organizam o campo social ao longo do tempo. Defendendo sua

posição e a validade teórica do conceito, Kehl vai se prestar a examinar algumas transformações no modo de socialização e nas estruturas de família, utilizadas, muitas vezes dentro da própria psicanálise, para questionar a operacionalização do Édipo na contemporaneidade.

Neste ínterim, se faz necessário reconhecer que, em um tempo marcado pelos imperativos de bem-estar e prazer, diretamente atrelados à lógica de mercado, e no qual, conseqüentemente, a ordem moral instaura novos parâmetros para a construção e manutenção de vínculos, é natural que a família moderna, enquanto instituição, perca a solidez anteriormente angariada. Mas cabe também o adendo de que parte do que se supõe ser uma novidade contemporânea, utilizada para contestar o modelo edipiano, compõe há tempos a realidade de muitas sociedades, o que evidencia que, na atribuição de uma hegemonia ao modelo familiar burguês não há apenas um recorte temporal, mas também de regionalidade e, principalmente, de classe.

Partindo destes pressupostos, Kehl (2013) destaca, enquanto características que adquirem expressividade entre as famílias contemporâneas, uma espécie de dissolução da hierarquia, não apenas entre homens e mulheres, mas entre os pais e seus próprios filhos – que não mais comparecem como consequência inevitável dos encontros eróticos – e a adoção de novos parâmetros para sustentar a instituição “casamento”, que leva ao conseqüente aumento na frequência de separações e de novas uniões ao longo da vida. Segundo a autora, essa conjuntura colabora para o surgimento da chamada “família tentacular”, um modelo diferente da família extensa pré-moderna e da família nuclear burguesa, nas quais o poder do pai era soberano. Nestas formações, são os laços fraternos que se destacam, não substituindo a função paterna, mas consolidando as condições para que o poder do “pai” se torne cada vez mais abstrato, endossando como o caráter simbólico da lei pode ser apreendido dentro de distintas estruturas¹⁷.

Para Kehl (2013) tanto a estrutura quanto o modelo de socialização da família patriarcal faziam sentido em uma sociedade na qual as restrições tipicamente impostas na educação doméstica correspondiam a ideais e exigências relevantes ao exercício da vida pública, que hoje é regida por parâmetros bastante distintos. Ela reitera que o sujeito contemporâneo, ainda que convivendo com a gradativa queda, mas não extinção, dos ideais viris, e estando muito mais desabrigado de referências identificatórias do que o sujeito endividado do início do século passado,

¹⁷ Na realidade brasileira, por exemplo, muitas vezes a figura do pai real está ausente e formações próximas a esta suposta novidade da família tentacular tem uma expressividade histórica, principalmente onde o atravessamento das vulnerabilidades sociais favorece que a comunidade desponte em um papel essencial e palpável ao processo de subjetivação dos sujeitos.

segue submetido à lei. Esta, entretanto, é subjetivada e manifesta a partir das características próprias do seu tempo, ou seja, guiada pelos atravessamentos subjetivos de um laço social marcado pelo capitalismo neoliberal e pela lógica do consumo, que se faz representar na ação de um superego ambivalente e imperioso que interpela o sujeito ora solicitando a renúncia ao gozo, ora justamente impelindo-o a ele de modo imperativo.

Ainda que seja possível uma concordância com a perspectiva de Kehl sobre o que perdura do Édipo hoje, se faz necessário reconhecer que certa confusão sobre o que lhe é estrutural ou prescindível pode ser alimentado por uma espécie de nostalgia da família moderna. Para a autora, a suposta “liberdade existencial” contemporânea, ao passo em que se atrela a percursos identificatórios menos definidos, pode levar a uma sensação de desamparo e um certo saudosismo da família de um outro tempo – cuja estrutura, ainda que cada vez mais ocupada por novos personagens, ainda é fortemente endossada pela mídia e cultura em geral. Segundo ela, pautada em suas observações clínicas, o sujeito moderno recorrentemente avalia sua vida familiar em comparação a um modelo de família idealizado, correspondente às necessidades da sociedade burguesa emergente em meados do século XIX.

Chama igualmente a atenção o fato, também sublinhado por Kehl (2013), de os mesmos grupos que na década de 1960 contestaram duramente os termos postos à família hoje clamarem pelo direito de construir uma estrutura semelhante, a exemplo da luta pelo casamento institucional e exercício da parentalidade pela população LGBTQIAPN+, o que leva à conclusão de que, se a família e seus papéis foram modificados, ela parece não ter sido substituída por outra forma de organização molecular.

Ainda a respeito da persistência de ideais de família deslocados do tempo, Kehl (2013) dirá que:

Como costuma acontecer a todos os endividados, nós idealizamos a fortuna de nossos credores. Tendemos a nos esquecer de que família era aquela, e a que custo – psíquico, sexual, emocional – ela se manteve, durante um curto período de menos de dois séculos, como célula mãe da sociedade (para. 7).

Esse custo, é importante lembrar, certamente foi mais alto para as mulheres, às quais ainda se costuma dirigir um discurso conservador que as culpabiliza, em sua recente liberdade, pela dissolução da família e dos chamados “bons costumes”. Discurso que não apenas naturaliza ideais de feminilidade que se mostraram, a partir da própria eclosão da sintomatologia histérica ao fim do

século XIX, impossíveis de sustentar, como desresponsabiliza tanto o Estado quanto o homem – cujo abandono parental atinge níveis alarmantes no Brasil¹⁸, contribuindo para uma configuração na qual as únicas parcerias estáveis ao longo da vida tornam-se mãe e filhos –por tudo que diz respeito à reprodução e bem-estar social. Como precisa Kehl (1998), as mulheres não foram as únicas responsáveis pela desarticulação da ordem familiar oitocentista; mas a renúncia destas mães de família à vida pública e à liberdade sexual constituía condição estrutural para que aquela ordem se mantivesse estável.

Essas interpelações, entretanto, não parecem transcórrer sem efeito na subjetividade das mulheres contemporâneas, especialmente no que tange às suas exigências no exercício da maternidade. Se novos direitos foram angariados, a cobrança em manter, paralelamente, o desempenho de uma mãe em “dedicação exclusiva” parece ainda permear a vivência de muitas, assim como a culpabilidade por uma série de questões que fogem diretamente ao seu controle neste âmbito – como a própria capacidade biológica de gerar, gestar, parir e amamentar.

Mas, para além disso, neste ponto faz-se também importante sublinhar a força com a qual, na escuta de mulheres que vivenciam uma gravidez ou que acabaram de se tornar mães, manifestam-se a atualização de conteúdos infantis, memórias do cuidado exercido pelas figuras primárias e uma espécie de revisão de suas tramas identificatórias. Elementos que, tendo em vista as bases lançadas pela teoria psicanalítica, e ainda ciente de todas as tensões atreladas ao conceito, sugerem a partir da própria demanda clínica a importância de uma retomada ao Édipo, mas também de ir para além dele para pensar as reedições presentes nesse momento particular, bem como os limites e potencialidades trazidos por essa abertura a uma reconfiguração subjetiva.

Tendo isso em vista e, uma vez realizada a incursão proposta, é justo retomar, enfim, o trabalho que se sucedeu para além do Édipo e o qual oferece também uma leitura com diversos pontos de diálogo com as problemáticas aqui apresentadas. É possível dizer que, diferente de Freud, Lacan acompanhou uma série de transformações – ou, ao menos, indícios de algumas novas diretivas – que permearam o campo social no que se refere especialmente à questão dos papéis de gênero, da economia dos cuidados e das novas formas de relação erótica e amorosa. Nesse sentido, é justo recuperar como a evolução de sua obra permite um diálogo com essas novas tendências,

¹⁸ Um levantamento da Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (ARPEN) aponta que mais de 164 mil crianças foram abandonadas pelo genitor antes mesmo do nascimento no ano de 2022. Até julho de 2023, esse número passou dos 106 mil.

partindo do ponto em que paramos, a reformulação do Édipo freudiano, para situar sua contribuição no que tange à relação da mulher com a maternidade e a feminilidade.

Este desenvolvimento parte especialmente da atribuição ao falo do estatuto de significante (Lacan, 1957-1958/1999), o que indica que ele passa a ser visto como um tributário, um representante do desejo, desprovido de uma relação natural ou definitiva com qualquer objeto em específico. Lacan (1958/1998) dirá também que o falo é o significante que aponta para “as estruturas a que serão submetidas as relações entre os sexos” (p. 701), situando que estas não se dão fora da linguagem e que, portanto, de modo coerente às bases colocadas por Freud, será pelo modo como cada sujeito irá se posicionar no discurso frente a este significante organizador único que estará dada sua identificação com o lugar masculino ou feminino: neste tempo, ter o falo e ser o falo para o outro, respectivamente.

A partir da colocação de que a introjeção do significante fálico no psiquismo levaria os seres falantes a “projetar inteiramente as manifestações ideais ou típicas do comportamento de cada um dos sexos, até o limite do ato da copulação, na comédia” (Lacan, 1958/1998a, p. 701), o autor deixa claro também que é somente no nível do “parecer” – aqui podemos nos adiantar e dizer, do semblante, ou seja, do significante já enredado em toda sua produção simbólica e imaginária – que poderá se articular esse suposto encontro entre os sexos, cuja real impossibilidade tratará, de modo ainda mais radical, em momento posterior de sua obra, com o aforismo “não há relação sexual” (Lacan, 1971-1972/2003).

Nesse primeiro momento de seu ensino, portanto, o autor concebe a posição feminina como aquela que permite pôr em cena o desejo fálico. Nessa direção, se apropria também do conceito de “mascarada”, adaptado da obra da psicanalista Joan Rivière, para tratar da busca da mulher por cobrir-se de atributos fálicos como um artifício utilizado para ocupar a posição de objeto causa de desejo. Lacan dirá que esse jogo consiste em pretender ser desejada e amada pelo que ela não é, e insere aí um elemento que fará parte do desdobramento posterior de sua teoria: o repúdio da mulher que assim busca gozar a uma parte de sua feminilidade (Lacan, 1958/1998).

É importante situar que nesse tempo de sua obra “ser o falo” ainda advém de uma estratégia de aproximação do falo simbólico, do qual o homem seria supostamente o possuidor e que adquire, para a mulher, valor de fetiche. Nessa vertente, o filho também segue comparecendo situado no curso dessa equação simbólica, cujo valor fálico e potencial de enredamento no desejo já foi bastante explorado anteriormente nas elaborações sobre o Édipo. Porém, é possível dizer, a partir

dessa referência ao “repúdio à feminilidade” implicado nesta posição, que Lacan começa a delinear a existência de algo próprio à mulher que se refere à outra ordem.

Na década de 1960, ele explicitará este encaminhamento, colocando que “do mesmo modo, convém nos interrogarmos se a mediação fálica drena tudo o que pode se manifestar de pulsional na mulher, e notadamente toda a corrente do instinto materno” (Lacan, 1960/1966, p. 730). Entretanto, é apenas em “Mais, ainda”, cerca de 12 anos depois destas formulações, que Lacan irá propor uma revisão radical de sua teoria ao reconhecer a existência de uma outra modalidade de gozo que se insere fora e além da lógica fálica. Movimento este que, conforme acreditam alguns autores e autoras contemporâneos, foi motivado pela observação de fenômenos que começavam a aparecer em maior escala no laço social, atrelados ao declínio do pai como operador hegemônico da subjetividade e à chamada feminização do mundo.

Munido então de uma revisão da obra aristotélica, dos recursos representacionais da matemática e também de uma maior aproximação de sua teoria com a chamada “clínica do real”, Lacan desenvolverá sobre essa forma de gozo que se situa para além do simbólico, ou seja, não limitado pela linguagem; um gozo que ele irá tratar como próprio ao feminino, visto que a mulher – enquanto posição discursiva atrelada a uma falta imaginária – sendo castrada de origem, e, portanto, menos detida, como o homem, pelo receio da perda fálica, seria mais “amiga do real” (Lacan, 1972-1973/2008). Cabe dizer que essa forma de gozo do qual “nada se pode dizer dele a não ser o que se experimenta” (Costa et al., 2013, para. 15), também referida por Lacan como “gozo do corpo”, “dos excessos” e do “um a um”, foi situada pelo autor como uma modalidade suplementar em relação à fálica. Ou seja, mais uma vez não se trata de complementariedade entre o que poderia ser apontado como masculino e feminino, mas da constituição de um outro campo.

Antes de identificar os desdobramentos de tal novidade teórica, faz-se importante localizar que a noção de “não toda” se constituiu também a partir de uma reflexão sobre o mito freudiano de “Totem e tabu”, no qual Lacan aponta que é a partir da exceção, do “ao menos um” não castrado referido ao pai da horda, que se funda o conjunto homens no campo do significante. Por sua vez, as mulheres não encontrariam essa exceção que lhes pudesse fazer existir totalmente neste campo simbólico, situando-se no seu limite. Tal reflexão explica o aforismo lacaniano “A mulher não existe”, que trata da impossibilidade de colocar todas as mulheres em um conjunto e assim representá-las, o que na construção edipiana seria relacionado à falta de um significante próprio ao

feminino, como o falo serve aos homens, lida pela menina como uma falta na transmissão de sua mãe.

A formalização destes dois campos permite o desdobramento da teoria nas chamadas “fórmulas da sexuação¹⁹”, uma nova leitura a respeito da constituição do sujeito que avança mais além da trama edipiana. A partir delas, Lacan tratará “homem” e “mulher” como posições discursivas no campo da linguagem – e, portanto, semblantes – ocupados por cada sujeito a partir de suas modalidades de gozo e de como situam os objetos de desejo em sua fantasia, independentes do sexo biológico/anatômico. Essa elaboração possibilita a disjunção entre o que, em termos sociológicos, chamaríamos de gênero e orientação sexual, mantendo-se como um artifício teórico vivo e passível de interlocuções com as novas modalidades identificatórias contemporâneas, bem como rica perspectiva para o diálogo com as críticas mais conhecidas à psicanálise, em especial, as associadas ao Édipo, ainda que a insistência na nomeação destes arranjos a partir do binarismo homem-mulher siga sendo alvo de questionamentos, inclusive, dentro da própria psicanálise (Áran, 2003; Butler, 1990/2015; David-Ménard, 1998).

É em referência a esse esquema que Lacan apontará que a mulher, referida a esse campo do gozo outro, o gozo propriamente feminino, não deixaria, entretanto, de se ver enredada na lógica fálica: ela estaria não-toda submetida à castração, porém, como qualquer neurótico, seguiria referida ao gozo fálico, o gozo do ter, registro no qual, nos tempos atuais, costuma circular em semelhança ao homem. Referidas a dois distintos gozos, dissociadas de um significante que pudesse lhes prover uma identificação com suficiente consistência imaginária, como encontram os homens no falo, as mulheres se inscreveriam apenas uma a uma, a partir de sua singularidade, convivendo com duas faces de uma mesma moeda: por um lado, uma maior liberdade em relação aos semblantes (Lacan, 1971/2009), por outro, uma carência que pode ser subjetivada em uma busca ferrenha por alicerces identificatórios que lhe respondam a tal questão. É nessa dialética entre o totalizante e o singular, ou entre o masculino e o feminino, coexistentes entre os seres falantes, conforme Lacan acaba por resgatar pelo próprio Freud, em suas primeiras incursões teóricas a respeito da bissexualidade constituinte e em vestígios em algumas passagens de “análise finita e infinita”, que se constituiria, portanto, cada mulher.

¹⁹ As fórmulas da sexuação são introduzidas por Lacan ao final do seu seminário “De um discurso que não fosse semblante” (1970-1971) e são desenvolvidas em “O Aturdido” (1972/1973) e no seminário *Encore* (1972-1972/1975).

A partir desse novo paradigma que, para a psicanálise lacaniana, se recoloca a questão a respeito do lugar subjetivo que a maternidade pode ter para uma mulher. É certo que, embora Lacan tenha chegado a afirmar que a criança funcionaria como objeto “tampão” – objeto real que aparece na realidade funcionando como preenchimento do furo da castração (Lacan, 1969/1986), este já havia apontado em diversos momentos do seu ensino que a mãe lacaniana não estaria completamente saciada pelo nascimento de um filho²⁰.

Soler (2005), situando-se a partir de sua leitura, afirmará que, embora o filho fálico possa silenciar a exigência feminina, como vemos nos casos em que a maternidade modifica radicalmente a posição erótica da mãe, apenas muito raramente sua chegada permitirá fechar a questão do desejo. Neste interim a autora irá propor, caminhando na direção oposta ao que nos veio sendo culturalmente introjetado desde a modernidade, que, se como aponta Lacan a maternidade não é capaz de obturar a demanda de gozo feminina, por essa mesma razão, ela relança a questão sobre o que é ser mulher. Em outras palavras, seria ao passo que descobre que a maternidade, mesmo que a realize, não apazigua como esperado seu impulso desejante que esta se veria interpelada: se não uma mãe, o que é uma mulher?

De modo coerente com esse assentimento, a prática clínica contemporânea tem levado à verificação, partilhada por diversas autoras da psicanálise, de uma experiência de “cisão” subjetiva por parte de mulheres que se tornam mães nos dias de hoje. Entretanto, defenderemos que a interpretação deste dado sobre a relação da maternidade com a feminilidade não deve se encerrar aí. A escuta deste público leva a crer que, ainda que esta vivência, ao contrário do que é extensamente pregado socialmente, não seja capaz de apaziguar suas demandas e prover de todo a consistência identificatória desejada ao seu ser enquanto mulher – questão que também passa a fazer parte, cada vez mais comumente em nossa sociedade, da realidade existencial daqueles compreendidos como homens, desamparados da validade que outrora possuía a insígnia fálica – ela não pode ser vista como uma realização fálica qualquer ou mesmo a ela restrita.

Como um primeiro ponto podemos recuperar, ainda em Freud, a constituição de um lugar privilegiado para o filho justamente devido a sua capacidade de renarcisar os pais por meio de uma identificação poderosa e da função constitutiva e decisiva que terá para ele próprio ser capaz de preencher a falta fálica materna, como trouxe Lacan. A isso atrelado, podemos apostar no valor

²⁰ Lacan fala da “voracidade materna” no Seminário 4 (1956-1957/1995) e Seminário 5 (1957/1958/1998) e da mãe crocodilo, no Seminário 17 (1969-1970/1992), sempre, entretanto, referindo que em algum ponto esta é captada por um desejo além do filho.

diferenciado que o semblante materno pode ocupar para uma mulher – ou que, ao menos, costuma lhe ser suposto. É possível dizer que, na ausência do significante próprio ao feminino, situar-se no discurso a partir da maternidade, conhecida saída fálica, valorada socialmente e ainda concebida na cultura como exclusiva ao sexo feminino, poderia vir como tentativa de lhe fazer suplência a essa falta no campo da linguagem. Afinal, já dizia Lacan, 1973):

A mulher não será jamais tomada senão quoad matrem. A mulher só entra em função na relação sexual enquanto mãe. [...] Para esse gozo que ela é, não toda, quer dizer, que a faz em algum lugar ausente de si mesma, ausente enquanto sujeito, ela encontrará, como rolha, esse a que será seu filho (p. 49).

E, se a mulher é sempre no singular, o desejo de tornar-se mãe não poderia justamente corresponder à busca dessa identificação como ser sexuado capaz de fazer conjunto? Afinal, o discurso social a respeito da maternidade vai na direção dessa universalização; ditos populares e chavões, além de falas e trocas no espaço público que costumam esbarrar na máxima “só quem é mãe entende” – por meio da qual se excluem as demais mulheres ao mesmo passo que se reitera a noção de que algo poderá ser igualmente partilhado por elas.

Esses ditos, vale destacar, costumam apontar pra um amor distinto, amor muitas vezes definido como “incondicional” – ou seja, sem condições, sem limites, apontando para a ordem do excesso. Ainda que tal discurso esteja atrelado fortemente a um imaginário social, não haveria algo passível de um novo exame sobre o comparecimento de um gozo com essas características, um gozo além do fálico na experiência da maternidade? Lembremos também que Lacan chegou a chamar as mulheres de “poedeiras” para estabelecer que, ao menos em certo tempo, ao contrário do pai, simbólico, a mãe, enquanto genitora, vai além do semblante. É certo que a vivência da maternidade, especialmente quando atrelada ao processo biológico de gerar, gestar e parir, mas também na vivência dos cuidados de um bebê desamparado, implica o corpo de modo muito particular e uma trajetória propícia a encontros com o real. Tais experiências não ultrapassariam a ordem simbólica, interpelando a presença de um gozo outro?

É o que elaboram algumas psicanalistas contemporâneas, como Marcos e Jerusalinsky. A primeira desdobra uma leitura sobre esse encontro com o bebê real referindo que a criança pode presentificar para esta que exerce a função materna a impossibilidade do total recobrimento simbólico, o que, quando ocorre de modo mais radical, levaria ao acesso à “sombra da maternidade” ligada, por exemplo, à recorrência dos quadros depressivos na gravidez e no

puerpério (Marcos, 2007). Jerusalinsky (2009), por sua vez, trata uma noção positivada, apontando, de saída, que algo do exercício da maternidade precisa ser da ordem da criação, atrelada, tipicamente, a esse gozo dito feminino. Essa autora explorará ainda a presença dessa modalidade de gozo por meio do transativismo que implicaria o próprio corpo materno no seu exercício de erotizar o corpo do bebê.

Nessa perspectiva, a noção de uma total disjunção entre mãe e mulher, ordenada pela ligação a duas modalidades de gozo distintas, proposta nas leituras de Lacan, pode ser também indagada enquanto reflexo da observação de um momento na história, no qual, em decorrência das coordenadas culturais e configurações na sociedade, era pungente a realização de uma espécie de “concessão” do que lhe era próprio enquanto sujeito, para além de um tempo primordial dos cuidados do bebê, para se recolocar no mundo como mãe, configuração que ainda tem forte participação na cultura, que mantém um *script* bastante rigoroso para essas mulheres.

Ainda que tal questão não possa ser de todo aqui respondida, defende-se a tese de que a maternidade, ainda que potencial – ou seja, em momento preliminar, antes da própria chegada de um bebê – propicia um encontro com novas perguntas que remetem a história de cada mulher na sua constituição como sujeito e que, portanto, favorece um reposicionamento subjetivo que tangencia suas questões relativas à feminilidade, necessário também ao demandante exercício da função materna.

2. Tornar-se mãe: os caminhos até a função e posição maternas

Em vista destas considerações, pode-se entender que, em que pese as diferentes dimensões atribuídas à história infantil da mulher e seu manejo das modalidades de gozo, para a psicanálise, a experiência de maternidade encontra-se imbricada no modo particular pelo qual cada uma se constituiu subjetivamente, instaurando as bases para a relação que virá a estabelecer com o bebê e para sua própria construção como mãe para além do aspecto biológico, ou seja, enquanto figura capaz de exercer a maternagem para seu filho.

Este exercício, portanto, supõe um algo a mais que o desempenho dos cuidados necessários em relação à criança: é preciso que, imbricado a estes atos voltados para sua sobrevivência, exista um investimento libidinal diferenciado sobre o bebê, decorrente do lugar atribuído ao mesmo no psiquismo materno (Lacan, 1969/2003). Como já foi aqui posto, para Lacan (1969/2003)²¹, é somente quando em um primeiro tempo a criança pode ser tomada por aquela que exerce a função materna como um objeto de apelo fálico, ou seja, enredado em seu próprio desejo, que se faz possível uma posterior separação de valor simbólico e imaginário entre esta díade²², de modo que a criança venha a se constituir como um ser único, faltante e inserido na linguagem ou, em outras palavras, enquanto sujeito.

Para que a mulher se encontre em vias de assumir essa tarefa, entretanto, se faz necessária uma profunda recomposição subjetiva que encontra no período gravídico-puerperal, embora não de modo exclusivo, um tempo privilegiado para o deslindamento de processos psíquicos fundamentais à sua reorganização frente às demandas que surgem com a chegada de um bebê e no qual o corpo comparece como uma importante contingência.

Neste ponto cabe destacar que as noções de corpo pulsional de Freud (1915/1996) e do corpo enredado nos três registros (real, simbólico e imaginário) em Lacan (1966/1998) reiteram a indissociabilidade entre o somático e psiquismo defendida pela psicanálise. Tendo-a em vista, é correto afirmar que as transformações hormonais e fisiológicas do período gravídico-puerperal,

²¹ A questão da constituição do sujeito é transversal à obra de Lacan. Além de “Nota sobre a criança” (1969/1998) podem ser destacadas suas contribuições sobre o tema no Seminário XI, no qual trata de alienação e separação (1960/1998) e em seu seminário de 1949 “O estádio do espelho como formador do eu tal como nos é revelada pela experiência psicanalítica” que consta nos Escritos (1966/2002).

²² Esta função de separação, chamada por Lacan de “função paterna”, cabe lembrar, não prescinde de um trabalho daquela que exerce a função materna para que se efetive. Com efeito, abrir a porta para o exercício da função paterna é um aspecto privilegiado da função materna.

assim como as vividas em situações que também implicam em grandes alterações corporais, como na velhice, na adolescência e no adoecimento, estarão reciprocamente relacionadas à experiência subjetiva de uma mulher, fazendo apelo à elaboração psíquica sem que, no entanto, seja possível antever como cada sujeito lidará com esses processamentos (Iaconelli, 2020).

Para a psicanalista Maria Helena Fernandes (2020), ao contrário do que pode ser esperado a partir de uma visão naturalista, a gravidez e o parto, especialmente sendo os primeiros, teriam uma potencialidade traumática para a mulher pelo caráter de desconhecimento frente às sensações físicas que irão se processar no seu corpo, às quais podem conter, simultaneamente, a dimensão do excesso e o elemento surpresa, apontadas por Freud (1917/1996) enquanto duas de suas principais características. Essas sensações costumam ser acompanhadas do próprio desenvolvimento do bebê – concretamente, um estranho – e também de mudanças visíveis neste corpo, que, por comportarem uma dimensão de real, implicarão em um trabalho de recobrimento simbólico. Este poderá ser realizado pela mulher, com maior ou menor presteza, a depender das condições nas quais se encontra e influenciada pela forma como sua cultura entende e viabiliza o entorno desse evento, reveladora da sua capacidade de fazer frente ao enigma da origem (Fernandes, 2020).

O trabalho de elaboração nestas circunstâncias, entretanto, não costuma ocorrer dissociado de uma alteração da economia psíquica, já sugerida por Freud em 1937 (1976), associada ao despertar de inibições, traumas, angústia e irrupção de diferentes sintomas que se expressarão em conformidade com a singularidade de cada mulher frente ao seu ciclo gravídico-puerperal. Para Bydlowski (2002), psicanalista que cunhou o termo “transparência psíquica” para designar este estado regressivo típico da gravidez, a gestante teria, a partir deste afrouxamento do recalque, um acesso facilitado a conteúdos infantis e registros inconscientes.

Considerando que a retenção destes elementos usualmente deriva de uma ação defensiva, como propôs Freud (1915/2004), é natural que a maior aproximação com esta parcela de seu mundo interno possa ser mobilizadora e, por vezes, desorganizadora para uma mulher. Entretanto, observa Kehdy (2020), esta característica surge, majoritariamente, como um estado de plasticidade que favorece uma abertura para a transformação. Segundo Bydlowsky (2002) este é, justamente, o subsídio para a mobilização do material psíquico fundamental à elaboração das projeções e idealizações necessárias à subjetivação da vida por ela gestada.

Essa projeção fantasmática de conteúdos próprios aos pais sobre a criança propicia a ocorrência de uma relação identificatória entre eles. Esta, apontada por Freud (1921/1976) como a

forma original de laço emocional com um objeto, é intensificada no caso da mulher que ao longo da gravidez vivencia também uma correspondência corporal com o bebê. Sendo assim, este passa a ser facilmente apropriado como um objeto narcísico que, ao ser tomado como uma parte de si, além de representar uma nova possibilidade à sua condição finita, também pode ser visto como aquele que irá realizar os desígnios parentais que não se cumpriram (Freud, 1914). A identificação com o filho, portanto, constrói uma via para que a mulher reavive seu narcisismo primário e subsidia, como consequência, as condições para que a mesma dedique uma especial atenção aos cuidados do bebê, que, ao nascer, ainda tem sua própria sobrevivência integralmente dependente de um adulto.

O transcorrer desses processos psíquicos, todavia, não pode ser garantido pela mera ação do somático na economia subjetiva da mulher grávida. Ainda que uma considerável parcela da literatura sobre uma proposta “psicologia da gestação” tenha se estruturado em torno destas correlações (Maldonado, 1997; Soifer, 1980; Szejer & Stewart, 1997), identificando, inclusive, reações típicas aos distintos momentos da gravidez, a psicanálise, em sua essência, se afasta de qualquer determinismo biológico e deve incluir em sua leitura sobre a maternidade a questão do desejo e seus enredamentos com o laço social como elementos que singularizam, para cada mulher, essa experiência (Iaconelli, 2002).

É o que defende Iaconelli (2015) em sua tese, propondo o reconhecimento dos discursos sociais de uma época e suas diferentes incidências no entorno de uma mulher enquanto variáveis importantes para as suas construções fantasmáticas sobre o ser mãe e a mobilização – ou não – de seu desejo em torno da maternidade. Estas podem ser expressas, por exemplo, por meio da validação do grupo social do qual faz parte, geralmente associada a alguns critérios de legitimidade específicos, a partir da semelhança ou dissonância com os modelos de parentalidade conhecidos e almejados e das reações de sua rede de apoio a respeito da gravidez.

Sendo assim, pode-se afirmar que é a partir das ressonâncias produzidas por este entorno sobre os conteúdos inconscientes, assim como aquelas suscitadas pelo que opera na ordem do real, rompendo com as idealizações estruturadas durante a gravidez e após o nascimento do bebê, que serão produzidas as condições particulares para cada mulher se posicionar frente às ambivalências típicas a maternidade.

É justamente partindo do paradigma da adoção, ou seja, da concepção de que a entrada na parentalidade implica um passo decisório que está para além de qualquer experiência biológica,

que a psicanalista Thais Garrafa (2020) irá abordar a questão. Segundo ela, este ato, que se aproxima à concepção de ato analítico trabalhada por Lacan (1967-1968), adquire este caráter precisamente por sua densidade e por se sustentar a despeito da vacilação que muitas vezes o antecede, de modo que a assunção à posição parental diz mais sobre a capacidade do sujeito de tomá-la para si apesar das ambivalências que permeiam a relação com a maternidade, do que à sua resolução – se é que esta é plenamente possível. Marcando uma linha divisória entre o antes e o depois, possível de ser validada apenas a partir dos seus efeitos, implica, ao demarcar a apropriação dos significantes mãe ou pai, em assumir uma posição diferenciada na família, na sociedade e, principalmente, diante daquele que então passa a ser reconhecido como filho. Significantes estes que, portanto, ao conferirem a esta mulher um lugar no discurso e de mediação na construção dos laços sociais, podem exercer a função do semblante, com todo o valor imaginário nele implicado, como já debatido anteriormente.

Ainda nas palavras de Garrafa (2020), a entrada na posição parental é comumente encarada “como um mergulho que envolve solidão e risco. Um passo que implica a disposição para, a partir da relação com o filho, lançar-se a uma reorganização existencial que terá o filho como importante ponto de ancoragem” (p. 58). Essa profunda reconfiguração implica a relação de cada mulher com o lugar da própria mãe em sua história e seu modo particular, seja por adesão, resignificação ou oposição, de lidar com os sentidos a ele atribuídos. Para que ocorram, entretanto, esses processos – assim como os atrelados à simbolização do real de uma gestação e de um bebê – implicam tempo. Um tempo que, para tal, precisa ser autorizado a comparecer em sua dimensão lógica, em detrimento à cronológica.

Cabe apontar que promover a sustentação dessa temporalidade singular tem se mostrado uma intervenção de suma importância na clínica da perinatalidade. Por vezes, as mulheres não conseguirão prontamente realizar essa mudança de posição subjetiva, seja durante a gestação ou mesmo após o nascimento do filho, e o efeito de aposta em um tempo de reconhecimento, ocasionalmente acompanhados de algumas intervenções ou modificações simples nas contingências desta nova mãe, podem ser suficientes para que se desobstruam ou criem vias para uma disponibilidade psíquica diferenciada de sua parte em relação à criança. Entretanto, é preciso lembrar, esse tempo do inconsciente muitas vezes não poderá corresponder à pressa necessária à prestação dos cuidados nos primeiros momentos de vida de um bebê. Faz-se, portanto, importante reconhecer a existência de uma relação não obrigatória entre posição e função maternas,

comumente tomadas como equivalentes, mas que podem vir a ser desempenhadas por sujeitos distintos, em diferentes momentos do curso da relação entre as figuras primordiais e a criança.

A função materna refere-se à construção de uma relação privilegiada com o bebê estruturada sob a existência de um desejo não anônimo, conforme explicitou Lacan (1969). Exercê-la implica ao sujeito que assim se propõe, seja a mãe biológica ou não, ocupar para a criança o lugar de grande outro da linguagem, encarregando-se de interpretar e nomear seus apelos ao mesmo tempo em que executa seus cuidados fundamentais. Isso será possível, como afirma Teperman (2020), ao passo que se toma o bebê como um interlocutor, aguardando suas manifestações vocais e corporais, acompanhando o ritmo próprio dos seus ciclos e introduzindo condutas como forma de seguir isto que chama de uma “conversa”. Para tanto, nos lembra, este agente não prescinde da loucura necessária, tratada por Winnicott, ou da ilusão antecipatória, referida por Freud, essenciais à realização destas suposições ao bebê (Teperman, 2020).

A função materna é mobilizadora e exigente do ponto de vista psíquico e somente se realiza a partir da designação do lugar absolutamente singular que cada sujeito ocupa na subjetividade daquele que se encarrega de sua entrada no universo das relações humanas. Por um lado, ela demanda um corpo a corpo e uma presença que é também da ordem do real na resposta a estes apelos do bebê; apelos realizados, ainda sem que haja reconhecimento de um outro e que, por isso, podem ser tão violentos àquele que se vê na posição de satisfazer a “majestade o bebê”. Por outro, coloca esta que costura o campo simbólico da criança, a partir destas trocas libidinais, em uma posição de desamparo, pois frente a esta tarefa ela irá inevitavelmente se deparar com a estrutural impossibilidade de encontrar na linguagem um total recobrimento desta vivência e, sobretudo da falta constituinte não só ao bebê, mas também, como é obrigada a se dar conta, de si mesma (Garrafa, 2020).

Seria um equívoco, entretanto, tratar o exercício dos cuidados de uma criança, bem como da parentalidade, somente pela perspectiva das exigências psíquicas. É sabido que deste lugar de onipotência ao qual é demandada a responder, a mãe também goza. Seja do corpo do bebê, servindo-se dele, nas palavras de Soler (2005) “como uma propriedade, uma boneca erótica com quem gozar e a que fazer gozar” (Soler, 2005, p. 93), seja do filho-falo, recoberto pela fantasia e moldado pelos significantes maternos que o colocam a serviço do narcisismo da mulher.

Sendo assim, pode-se dizer que a maternidade, embora seja sempre vivida de maneira singular, traz no bojo de sua vivência um potencial transformador que envolve uma intensa

experiência de corpo, mudanças na economia libidinal e a demanda por se assumir uma nova posição subjetiva que, entretanto, não poderá advir dissociada de tudo que lhe foi anterior. Implica também mudanças e atualizações nas referências identificatórias de uma mulher e no lugar que ocupa ou pleiteia no discurso social que ocorrem acompanhadas de um novo manancial de vivências gozosas, seja pela via da pulsão de vida ou de morte, as quais a relançam a questões sobre sua própria origem.

Estes processos, embora cursem em uma temporalidade própria para cada mulher, sofrem efeitos de antecipação com a perspectiva da chegada de um filho, tendendo a fazer com que a mulher que se encontra grávida ou no período puerperal esteja especialmente sensível a estas vicissitudes que a impelem a novos arranjos frente à sua falta a ser e que merecem ser consideradas com especial atenção em um contexto no qual essa experiência de maternidade se vê de alguma forma interrompida, como será trabalhado nos próximos capítulos desta dissertação.

3. As condições de elaboração do luto na perda perinatal

Freud (1917/1996) dizia que o luto era uma reação “natural” à perda de um objeto de amor. Um trabalho psíquico que, em condições normais, operaria no curso do tempo, concretizando os passos lógicos necessários de serem cumpridos para a reconfiguração subjetiva de um sujeito frente à ausência de um objeto para ele valoroso. Esta concepção segue como importante norteadora para a compreensão do processo de luto. Entretanto, a clínica contemporânea vem demonstrando, cada vez mais, a expressividade de variáveis que o atravessam, obstruindo as vias que Freud apontava como dadas e destacando sua complexidade e não linearidade. O caso das perdas ocorridas no curso de uma gestação ou logo após o nascimento de um bebê se enquadram bem neste contexto, fazendo-se importante reconhecer quais de suas particularidades podem interferir no curso destes processos de luto e como estes podem ser vividos. Nesta sessão, pretende-se realizar este exame de modo a também avançar na compreensão da realidade subjetiva de uma mulher que já vivenciou essa experiência.

Um primeiro ponto a ser situado é que, se o trabalho de luto se inicia em consequência à constatação de uma perda, se faz importante compreender que esta nem sempre ocorre de modo instantâneo ou, muito menos, definitivo a partir da transmissão de uma notícia sobre a partida de um bebê – como comumente esperam as equipes que se dedicam à esta tarefa em uma instituição hospitalar. Para que o processo do luto passe a operar, é necessário atravessar o que Freud (1917/1996) chamou de “teste de realidade”, ou seja, vivenciar a confrontação com o fato de que o objeto perdido não se encontra mais acessível na realidade externa do sujeito. No caso do luto perinatal, temos, de partida, um grande complicador: nem sempre há sequer um corpo que sirva de suporte para assim representar o filho perdido para uma mulher ou uma família, e que possa confirmar o dado de que este filho existiu, mas agora resta sem vida.

A importância deste dado de real é tanta que, apesar de se tratar de um confronto doloroso, o encontro com o corpo do bebê falecido tem sido cada vez mais incentivado em instituições de saúde²³, endossado por pesquisas que apontam uma correlação positiva entre o evento e o processo

²³ Embora o ato, por si só, não promova nenhuma garantia sobre o processo de elaboração de luto de uma mulher ou uma família, ele tende, ao menos, a promover o acolhimento no momento de confronto com a realidade de um corpo morto, quando este já se faz possível, considerando o tempo em que ocorre a perda gestacional, e à facilitar, por meio da mediação deste encontro, a produção de lembranças com o bebê que não resistiu e seu atrelamento a outros símbolos como imagens, músicas, declarações, o amparo de recursos concretos e enxertados de valor simbólico – de potencialidade significante – para se recorrer no tempo necessário de rememorar o objeto perdido e concretizar o luto.

posterior de elaboração do luto (Salgado, 2021; Kingdon et al., 2015;²⁴). Nos casos apresentados ao longo da dissertação, veremos alguns exemplos do quanto estes encontros puderam ter efeitos positivos, ao menos no sentido de favorecer a concretização da perda e o início de outras etapas de sua elaboração, especialmente quando tomados como uma espécie de ritual de despedida, capazes de favorecer, como já trazia Lacan (1958-9/2016), o jogo simbólico necessário para tentar dar conta do buraco no real causado pela perda. As recusas, entretanto, também ocorrem, muitas vezes sintomaticamente atreladas ao esforço, consciente ou não, de não concretizar a realidade da perda. Afinal, importa lembrar: o sujeito também tem seus mecanismos para evitar se debruçar sobre esse exigente trabalho psíquico, que não deixa de ser permeado pela dor.

O mencionado encontro, possibilitado no caso de gestações mais avançadas e óbitos ocorridos após nascimento, entretanto, não traz garantias da efetivação desse passo lógico, visto que a realização de uma perda, até que esta possa ser subjetivamente percebida como permanente, comumente dependerá também da paulatina devolutiva de uma cena externa sobre a ausência do objeto de amor. Daí se fundamenta, por exemplo, a noção imprecisa, por não levar em conta a complexidade e singularidade de cada trabalho de elaboração, mas embasada em certo raciocínio clínico, de que um ano seria o tempo necessário para certa “travessia” do luto, afinal, este seria o período mínimo durante o qual se atravessam as datas comemorativas que marcam o calendário – momentos nos quais, culturalmente, pessoas próximas se reúnem ou se comunicam, podendo presentificar assim, justamente pelo não cumprimentos destes planos, a ausência do objeto perdido²⁵. Mas como, afinal, esta ausência pode ser devolvida pelo ambiente externo no caso de um bebê que pouco viveu ou sequer chegou a nascer? Uma criança que, muitas vezes, nem mesmo pôde ser apresentada à sua comunidade? Ainda: quais lembranças poderão ser investidas,

Estes recursos tendem a guardar importância seja para a lembrança do objeto amado seja para a confirmação de uma perda.

²⁴ O trabalho de Kindell, Givens et al., (2015) trata-se de uma revisão sistemática. Dos 23 estudos incluídos (10 quantitativos, 12 qualitativos e 1 de método misto), 21 sugeriram resultados positivos para mães e pais que viram ou seguraram seus bebês. O aumento da morbidade psicológica foi associado à gravidez atual, escolha de não ver o bebê, falta de tempo com o bebê e/ou lembranças insuficientes. O estudo conclui que mães e pais podem alcançar benefícios para seu bem-estar futuro quando optam por encontrar e carregar seus bebês, ainda que mortos.

²⁵ Apesar da indicação da relevância dessa temporalidade para efetivação do teste de realidade e do trabalho do luto, é importante ter em vista que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) tem se colocado, nas últimas décadas, na contramão dessa percepção, alcançando seu contraponto mais radical no DSM-V, no qual a vivência recente de uma perda é retirada como critério de exclusão para diagnóstico de transtorno depressivo maior (APA, 2013), excluindo seu contexto e aumentando enormemente o risco do luto se tornar um processo patologizado.

cumprindo outra etapa essencial apontada por Freud (1917/1996) para seguir com o processo de elaboração do luto?

É certo que, a partir da escuta de mulheres que vivenciaram estas perdas, fica evidente que algo muda com a morte perinatal, seja na fantasia desta família que se reconfigurava à espera de um bebê, seja no próprio corpo materno, que se ajustava às transformações de uma gestação – ainda que nem sempre elas próprias consigam compreender ou localizar com clareza a transformação provocada. Entretanto, o argumento que aqui se fundamenta é que, fora de suas realidades subjetivas, os impactos da perda perinatal se mostram pouco palpáveis. Essa característica colabora não só para a dificuldade de concretização dessa ausência, mas também para a falta de reconhecimento social da experiência destas mulheres e famílias, tanto em relação ao que experimentam após a perda quanto à história compartilhada com este feto/bebê durante a gestação, que fica minimizada e invisibilizada. Nas palavras de Muza et al. (2013), isso pode levar, em um extremo, à percepção de que esse bebê sequer existiu, como se esta mãe tivesse desenvolvido com ele uma relação meramente delirante, ou dificultar a constatação da irreversibilidade dessa perda. É pelo fato destes caracteres que tornam a perda de difícil reconhecimento e compreensão pelo entorno serem a ela intrínsecos que Iaconelli (2007) dirá que a perda perinatal traz em si um caráter insólito e de grande potencial traumático.

É essencial apontar, portanto, que a forma como o confronto de um sujeito com a realidade opera nunca será sem efeitos do olhar do outro – seja a nível concreto ou pelo que já foi introjetado desta alteridade, que condensa em si dados da cultura de uma época. Esta é marca que o humano, uma vez inserido em sua corporeidade e no universo simbólico, carrega pela vida. Não à toa, o pai da psicanálise já explicitara este reconhecimento enquanto fator essencial para o processo de luto. Leader (2011), por sua vez, endossará a importância da dimensão pública do luto, indicando que o acesso à essa via de elaboração é facilitado a partir da percepção de que a dor da perda é, ao menos em certa medida, compartilhada por outros. Por essa razão, por exemplo, os rituais de despedida têm seu potencial ampliado: não se trata apenas da constatação da perda, mas da possibilidade de ter um testemunho desta existência que se encerra, de gestos de reconhecimento que atestam e validam a realidade dos enlutados. Entretanto, enquanto essa leitura tem sido cada vez mais incentivada no âmbito da assistência à saúde, ela segue não sendo a dominante neste ou em outros âmbitos do laço social, que devolve a minimização do valor da experiência dessa mulher ao se

pautar por uma dimensão cronológica do tempo de vida deste filho perdido e por um olhar utilitarista das relações, fortemente estruturado pela ideologia neoliberal.

Nesse sentido, parece importante lembrar que, conforme aponta Doka (2002), estudioso que cunhou o termo “luto não reconhecido”, a sociedade estabelece normas explícitas ou implícitas de quando, por quem, quem, onde e como se enlutar, podendo vir a inibir o processo de elaboração de luto daqueles que não são contemplados por esses critérios – uma denúncia também atualizada por Butler (2009), que agrega a esta leitura acerca dos “regimes de luto” o desvelamento das hierarquias sociais, fortemente influenciadas por estereótipos raciais, de gênero e de classe. Essa negativa social, entretanto, raramente se mostrará nestes casos por via de uma recusa expressamente direta em reconhecer que a morte de um bebê provoca a dor de uma perda para uma família, de modo que se faz importante recorrer a alguns exemplos para ilustrar como ela pode operar.

Entre eles, há um bastante recorrente: a pressa em sinalizar à uma mulher enlutada que ela pode tentar engravidar novamente. Comumente repleta de boa intenção, essa mensagem, muitas vezes utilizada como uma tentativa de acolhimento e conforto seja por parte do círculo íntimo da mulher enlutada ou mesmo por profissionais de saúde, pode endossar a noção de que esse bebê perdido é substituível e que, portanto, não se deve chorar tanto pela sua perda reparável, minimizando a experiência vivida. É certo também que nem sempre essa fala será encarada pelo sujeito enlutado de modo negativo; até porque, a vontade de livrar-se da dor pode facilmente se colocar à frente das reais necessidades de um sujeito. Mas a adesão a esta forma de lidar com a perda pode ter consequências críticas, seja para a subjetividade da mulher que incorre, sem pausa para elaboração, à tentativa de novas gestações, seja para a do bebê gerado após este evento.

A pressão para uma rápida resolução do trabalho de luto também deve ser compreendida como um modo de invalidar a complexidade do processo de despedida de um filho não nascido. Ela pode se expressar por parte da equipe de saúde, ao tolerar mal, por exemplo, o tempo necessário para uma família concretizar que o diagnóstico de uma malformação, a transmissão de um comunicado sobre o risco gestacional ou até a notícia de que “o coração do bebê parou de bater” são indicativos da morte de um bebê. O discurso religioso “Deus sabe de todas as coisas” e o recurso a possíveis explicações médicas, na maior parte das vezes não confirmadas, como “ele podia ter uma malformação e ser pior para todos”, também compõe ditos bastante comuns nestas

circunstâncias, que evidenciam, entre outras falas e comportamentos, o ímpeto de abreviar a temporalidade e intensidade do processo de luto perinatal.

A oferta de sentidos prontos para o ocorrido, que acaba por obstruir outras possibilidades de produção significativa sobre o evento, surge, assim, como tentativa de extirpar o sofrimento da mãe enlutada diante do sem sentido da morte – especialmente a ocorrida no início da vida. Cabe ressaltar que a morte de um bebê costuma ser compreendida como um evento que fere a lógica do ciclo vital, a qual supõe que um indivíduo irá traçar toda uma trajetória antes de envelhecer e morrer. Para Allouch (2004) o luto se torna mais assustador quanto menos tiver vivido aquele que então ocupa o lugar de objeto perdido, visto que sua vida permanece sendo vista como uma vida potencial. Afinal, em que outra circunstância pensar em velar o corpo de um filho causaria embaraço, ao invés de comoção, como repetidas vezes se vislumbra no cotidiano da assistência à saúde materno-infantil? Para Iaconelli (2007), essa leitura confere ao ocorrido um caráter insólito, uma espécie de dose extra de entrada do real, que dificulta ainda mais a realização de um trabalho de bordejamento simbólico.

Retornando à questão da reação do entorno social sobre a perda, é possível dizer que tal modo de agir é comumente justificado pela preocupação nutrida com o estado emocional da mãe enlutada, mas também costuma relacionar-se, em um âmbito menos consciente, à própria dificuldade de cada um em lidar com a expressão de dor e sofrimento. Estas circunstâncias ficam bem evidenciadas em alguns casos que serão aqui trabalhados e na clínica em geral, onde é corriqueiro que ao perceberem-se vigiadas pela família, estas mulheres acabem por buscar ocultar os sentimentos que ainda experimentavam em relação à perda.

Cabe apontar que essa dificuldade em consentir com o sofrimento, tão generalizada na contemporaneidade, também se relaciona intimamente com o processo de medicalização da vida, discutido por Foucault (1977-78/2008). De modo coerente com o que havia sido apontado pelo autor e conforme discute Oliveira (2017), o que se observa, cada vez mais, na nossa sociedade é a conformação de uma espécie de estado de alerta, uma prontidão para a detecção de qualquer desvio (seja por meio de comportamento, pela avaliação de estado do humor, pelo modo de expressão das emoções, etc.) que deverá ser o mais rapidamente diagnosticado e tratado, se não puder, preferencialmente, ser prevenido²⁶. Esta é uma lógica que se expande da classe médica para a

²⁶ Esse modo de leitura sobre o desvio diz respeito, mais especificamente, à tecnologia de poder chamada por Foucault (1977-8/2008) de “Dispositivo de Segurança”. Segundo Oliveira (2017), o dispositivo de segurança se ocupa de realizar um controle das aleatoriedades, estabelecendo uma espécie de “continuum” e avaliando a desordem em termos

sociedade como um todo, favorecendo a incompreensão sobre a função dos sentimentos e emoções, que passam a ter sua expressão lida como critérios de risco.

Um rápido exame nos mecanismos implicados no processo do luto, conforme descrito por Freud e endossado pela prática clínica, permite delinear a expressividade desse cenário sobre a questão do luto na contemporaneidade. Para Freud (1917/1996), o trabalho do luto exige que um grande montante de libido esteja direcionado a esta tarefa. Para tanto, ela não poderá permanecer investida com a mesma intensidade em outros objetos do mundo externo. Esta mudança necessária na economia libidinal se expressa por meio da diminuição de interesse do enlutado pelo mundo exterior, pela indisponibilidade e até pela sensação de cansaço, de exigência de um grande esforço para a concretização de tarefas cotidianas. Afinal, um árduo trabalho invisível se opera. Ao passo em que se luta contra a retração desta libido, tornando o psiquismo do sujeito indisponível para a elaboração necessária à concretização do luto, aumenta-se o risco deste não se efetivar. A inibição do processo de luto pode levar, segundo Casellato (2015), à sua cronificação, ou, de acordo com Franco (2010) à um luto complicado²⁷, contribuindo para uma menor mobilidade do sujeito diante da vida e para o aparecimento de sintomas físicos, comportamentais e/ou psicológicos que não se resolvem no curso do tempo.

A partir do exposto, fica estabelecido não só a complexidade e o risco atrelados às circunstâncias próprias a uma perda perinatal, mas também, como mudanças no enquadre dessa experiência podem ser decisivas para a vivência posterior de mulheres no processo de elaboração de luto.

Uma vez tendo-se examinado as condições a serem concretizadas para a realização do trabalho do luto, parece importante lembrar que todas elas se atrelam à efetivação de um objetivo essencial que é possibilitar que o sujeito enlutado responda à questão: o que perdi com essa perda? Tarefa delicada, que demanda a mobilização de recursos simbólicos e sua costura. Um trabalho que muitas vezes consiste em tecer apenas para no instante seguinte desmontar o que foi construído e adotar um novo “ponto”.

de riscos tratados em relação a seus custos e cujos limites aceitáveis são fixados por meio da regulação política da população.

²⁷ De acordo com Franco (2010), o luto complicado qualifica-se deste modo quando ocorre uma experiência de desorganização prolongada, a partir da qual a pessoa se vê impedida de retomar suas atividades com a qualidade anterior à perda.

O que se perde então com a morte de um bebê que pouco viveu ou não chega a nascer? Recompôr, passo a passo, traços desse objeto perdido, como indicou Freud (1917/1996) ao descrever uma das tarefas necessárias à elaboração do luto, especialmente nesta circunstância na qual as memórias relativas ao objeto e a clareza sobre seus traços são mais escassas, exigirá de uma mulher, portanto, de modo mais imperioso, percorrer elementos da própria rede fantasmática e confrontar-se com conteúdos sobre si que, muitas vezes, até então permaneciam distantes da consciência. Esta particularidade da perda perinatal, talvez seja possível dizer, acaba por radicalizar a condição central do trabalho do luto tal como descrito por Lacan, a saber, restabelecer o “verdadeiro objeto da relação, o objeto mascarado, o objeto a” (Lacan, 1962-93/2005, p. 363). Percurso que implica, sobretudo, atravessar a relação imaginarizada para alcançar, nas palavras de Soler (2006-7), “o umbigo da relação”, o objeto causa de desejo. Para tanto, será necessário percorrer um caminho que leva às determinações das coordenadas do desejo pelo objeto perdido.

Sabe-se que a existência de um bebê é mais antecipada quanto mais enredado ele está no desejo dos pais. Como bem explicitado pela narrativa presente em um dos casos clínicos apresentados, há uma espécie de continuidade entre o bebê que se gesta e aquele com o qual se brincou de boneca. A fantasia que dá corpo a essa antecipação de um sujeito tende a se relacionar não só com a história da atual gravidez, mas também com as marcas de uma história de vida, das gestações anteriores, das vivências edípicas e da própria experiência de uma mulher ser maternada. Mesmo antes de ocupar um espaço no mundo, um bebê já é afetado pela história que o precede.

Dito isso, é importante situar que quanto mais imaturo é um bebê na ocasião de sua morte, menos se dá a conhecer o bebê real. Isso significa que a relação estabelecida com ele será, essencialmente, uma relação com as próprias projeções e fantasias destes pais em torno da maternidade. Esse dado situa como problemática do luto perinatal a dimensão identificatória estabelecida entre os pais e seu bebê. Como já foi fundamentado teoricamente em sessão anterior, os pais, influenciados pela concepção de que um filho, que esperam que carregue seus ensinamentos, suas heranças e seu próprio material genético, que represente a continuidade de suas existências, tendem a depositar nele o que gostariam de ser, ou seja, em outras palavras, projetam nele o seu Ideal de Eu. Freud dirá, inclusive, em seu texto de 1914, que é por meio da revivescência e reprodução do próprio narcisismo primário que se sustenta, ao menos neste primeiro tempo, a atitude afetuosa dos pais para com os filhos.

Desta forma, instauram, inevitavelmente, uma relação identificatória que, no caso de uma criança que nasce e cresce, pode ser alimentada, mas também, paulatinamente frustrada pelo que apresenta um bebê real – tarefa inviabilizada na circunstância da perda perinatal, frente a qual precisa ser percorrido um trabalho de despedida de um bebê maravilhoso, completamente idealizado e, por essa mesma razão, difícil de ser desinvestido²⁸. É certo também que estes conteúdos projetados nem sempre serão positivos, havendo também as gestações não planejadas, desejadas, e mesmo rejeitadas pela mulher que gera – e em todas, alguma dose de ambivalência, afinal, já trazia Freud (1913/1996): "em quase todos os casos em que existe uma intensa ligação emocional com uma pessoa em particular, descobrimos que, por trás do terno amor, há uma hostilidade oculta no inconsciente" (p. 48). A relação identificatória, portanto, repercutirá na intensidade com a qual estímulos experimentados pelo contato com o bebê poderão ser processados, bem como nas modalidades de reação à sua perda²⁹.

No caso da mulher que gesta, deve-se levar em conta que este processo tende a ser ainda potencializado pela correspondência corporal entre mãe e filho. É o fato deste bebê ser, durante a gestação, “in-corporado”, que demanda também uma reelaboração dos contornos imaginários do próprio eu, favorecendo assim as já mencionadas alterações do psiquismo materno e o acesso diferenciado a conteúdos edípicos e infantis neste período (Iaconelli, 2023). Ao situar que a perda perinatal causa uma dor narcísica (Nasio, 2007; Chatelard, 2012), faz-se possível compreender melhor como a morte de um bebê pode levar à sensação subjetiva de outras perdas no próprio eu, a ela colaterais. Perdas que sequer pareciam estar em questão, em um primeiro momento, e que, muitas vezes, só podem ser nomeadas após um longo trabalho de elaboração, visto que seu acesso é mais indireto e tramado na construção imaginária de cada mulher. Entre elas, podem ser citadas a perda de uma relação com o próprio corpo e de uma visão de si que, a depender da estruturação psíquica da mulher que sofre o abortamento, pode ser mais ou menos abalada frente a esta modalidade de encontro com a falta. Essas dimensões serão melhor exploradas nos capítulos seguintes, já a partir da análise dos casos clínicos e interpelações a respeito da função que pode ser dada à maternidade por uma mulher tendo em vista a própria relação com a falta.

²⁸ Isso fica bem ilustrado quando Thainá conta que sua filha perdida era “perfeita”, por exemplo.

²⁹ Freud (1917/1996) aponta que a presença de ambivalências não elaboradas pode ser um dos fatores a complicar o processo do luto.

Isso leva à seguinte ordem lógica: se o bebê e sua mãe formavam um, com sua morte uma mulher perde não apenas um objeto valorado, mas um pedaço de si, que, neste caso, carrega uma maior correspondência corporal e imaginária. Para Freud, é justamente como consequência à manutenção dessa intensa forma de relação entre sujeito e objeto após sua despedida real que a reação à perda, no lugar de produzir um trabalho de luto, lançará o sujeito a um estado melancólico (Freud, 1917/1996). Na melancolia, dirá Freud, além das reações típicas do enlutado, como desinteresse pelo mundo externo, desânimo e inibição das atividades que antes eram realizadas, experimenta-se a sensação de que não é o mundo que se torna empobrecido, mas sim o eu. O autor assinala que, nestes casos também se apresentam as autorrecriações e autoenvilecimento que contribuem para que o reinvestimento no mundo externo se torne dificultado. A diminuição da autoestima na melancolia, afirma Dunker (2019) em uma interpretação da obra de Freud, seria uma experiência radical de sentir-se corroído junto ao objeto, distinta daquela que pode também se fazer comum no luto, no qual essa experiência é vivida como consequência da percepção do sujeito de ter sido abandonado por ele.

Lacan (1962-63/2005), ao debruçar-se sobre o processo do luto em seu seminário X, fornece uma interessante explicação sobre a culpabilidade que pode se apresentar nesse contexto. Em suas palavras:

Só nos enlutamos de quem possamos dizer a nós mesmos: eu era a sua falta. O que damos no amor é, essencialmente, aquilo que não temos, e quando isso que não temos volta para nós, com certeza há uma regressão e, ao mesmo tempo, uma revelação daquilo em que faltamos para com essa pessoa, para representar essa falta. Mas aqui, em razão do caráter irreduzível do desconhecimento concernente à falta, esse desconhecimento simplesmente se inverte, ou seja, a função que tínhamos de ser sua falta, cremos agora poder traduzi-la em havermos faltado para com ela – quando era justamente nisso que lhe éramos preciosos e indispensáveis (p.156).

Transpondo essa leitura para o caso da perda de um filho, é possível compreender como essa noção de “ter faltado para com o objeto perdido” é endossada pela expectativa cultural a respeito do desempenho do papel materno por parte de uma mulher. Como já mencionado, a ideia de que a maternidade é uma vocação natural, somada à importância atribuída ao exercício deste papel, que embora não mais exclusivo segue tendo a dedicação em seu desempenho igualmente esperado socialmente (Jerusalinsky, 2012; Iaconelli, 2023), perdura na discursividade social,

exercendo efeitos na subjetividade das mulheres contemporâneas. Essa leitura atravessa, inclusive, a supostamente neutra ciência médica, que ainda reproduz algumas heranças presentes em outros tempos na formulação deste campo de conhecimento, que atrelam a feminilidade à prática reprodutiva (Rohden, 2000). Algo que se dá a ver, por exemplo, em resquícios presentes na “linguagem médica”. Podemos exemplificar a questão recuperando algumas nomenclaturas escolhidas para diagnósticos clínicos: insuficiência/incompetência ístmocervical (ICC), útero inóspito ou infantil. Significantes que, conforme comprova a experiência clínica, não passam sem efeito para as mulheres gestantes que se veem a eles associadas como modo de explicar alguma espécie de dificuldade no trânsito entre gerar, gestar e parir, muitas vezes mantendo-se coladas a eles, como certos pacientes aos seus diagnósticos (Moretto, 2019).

Parece importante, neste íterim, citar também a recorrência com a qual se apresenta nesse contexto o discurso religioso, seja para reiterar a visão da maternidade enquanto missão feminina, seja para apresentar, a partir de um sistema de crenças, explicações sobre razão da morte do bebê. Como afirma Visintin et al. (2020) e se confirma na experiência clínica neste cenário, não é raro que as noções de merecimento, pecado e punição, venham à tona, aproximando o Deus da religião ao Pai da repressão superegóica – esta última agindo tão intensamente quanto mais a perda se relacionar a um significante mestre, ou, em termos freudianos, ao Ideal do Eu.

Considerando que, como já apontava Freud (1914/2013), este Ideal do Eu guarda também uma dimensão social, sendo afetado pelos ditos da cultura, é possível compreender que, para além das singularidades de cada mulher, a maternidade recorrentemente ainda constela, em algum nível, esta formação ideal. Desse modo, a perda de um filho, pode ser vivida como o não cumprimento deste Ideal do Eu, invocando a consciência de culpa, a mesma que foi originalmente vivida como o medo do castigo dos pais, ou, em verdade, o medo da perda do seu amor (Freud, 1914/2013).

A recorrência da culpabilidade e do senso de incapacidade enquanto marcas subjetivas vislumbradas nas mulheres que sofrem perdas, ainda que expressa em variáveis tonalidades e pregnâncias, endossa como a perda perinatal é frequentemente vivenciada como localizada no próprio sujeito, destacando-se, portanto, como um aspecto que precisa ser visto e trabalhado com cuidado no trato deste público no curso do processo de elaboração da perda, e especialmente, nos casos em que esta se repete. Afinal, dirá Dunker (2023), as perdas se conectam simbolicamente e imaginariamente, sendo reeditadas – com todas as implicações que dela decorrem – a cada evento.

Cabe apontar que, cumprindo com um papel pedagógico, mas também com o intuito de invalidar e “racionalizar” essa interpretação tão intimamente forjada, a medicina obstétrica apresenta um discurso relativamente “padronizado” para explicar a ocorrência dessa perda. Apoiado em evidências estatísticas, costuma apontar uma primeira experiência de abortamento como “normal”; um fato relativamente esperado para o organismo humano³⁰; leitura essa que, uma vez estabelecida a transferência de uma mulher com o saber médico, pode contribuir para barrar, em alguma medida, a sua produção fantasmática em torno das motivações e consequências do ocorrido para sua vida reprodutiva.

³⁰ Estatísticas apontam que até 25% de todas as gestações terminam em abortamento espontâneo ainda nas primeiras 12 semanas de gravidez, porém pondera-se que esta incidência deve ser ainda maior, pois alguns abortamentos precoces são confundidos com menstruação tardia.

4. “Depois que perde, é diferente”: (des)construindo a maternidade após a perda

É possível afirmar que, muitas vezes, o luto pela morte do bebê representa para uma mulher o adiamento, mas não a perda, do projeto de maternidade. Na maior parte dos casos, entretanto, e especialmente para aquelas que vivenciam perdas repetidas, o óbito perinatal trará, ao menos, a dimensão de uma dúvida a respeito da viabilidade da maternidade em sua vida – dúvida que raramente se apresenta, até a ocorrência deste evento, a uma mulher, que costuma se estruturar subjetivamente, mesmo a despeito do seu desejo, considerando a maternidade como uma possibilidade existencial. Os efeitos decorridos deste “ponto de interrogação” serão sempre singulares e, diante dele, cada mulher buscará sua própria saída.

Neste capítulo, vamos nos debruçar sobre cinco casos clínicos de mulheres que viveram perdas perinatais, construídos a partir do trabalho analítico produzido durante seus períodos de hospitalização ou acompanhamento ambulatorial. A construção destes casos permite acompanhar de que modo foram se formulando suas novas elaborações subjetivas em torno da maternidade, perpassando, também, suas produções em torno do trabalho de luto referente ao óbito perinatal. Um itinerário que perpassa as coordenadas do desejo não só pelo bebê perdido, mas também pela maternidade e pelas ressonâncias de uma nova vivência gestacional.

4.1. Do trabalho do luto à singularidade do desejo

"Quis escolher um nome bonito, mas bem diferente para não deixar dúvidas de que é outro bebê, outra história". Com essa afirmação, Celina introduziu uma questão crucial que a preocupava durante sua nova gravidez: a possibilidade de construir um lugar simbólico próprio para a filha que gestava após ter vivido uma experiência de perda. Uma demanda que, embora reiterada constantemente em seu discurso, encontrava como obstáculo um luto que precisava ser revisitado.

Desde o primeiro momento da oferta de escuta à Celina, uma mulher branca e de baixa renda³¹, pôde-se perceber que sua intensa demanda de fala denunciava que muito havia ficado represado, entulhado em seu psiquismo desde a morte de sua filha, Joana, ocorrida aos oito meses de vida. Ela havia se empenhado fortemente para não se desorganizar diante da perda, repousando

³¹ As identificações referentes à raça e renda apresentadas nos casos clínicos foram retiradas dos prontuários multiprofissionais das mulheres que participantes desta pesquisa, sendo estes dados autodeclarados.

em uma espécie de conformação encontrada para seu luto, sustentada também às custas de muitos mecanismos defensivos – estes, evidenciados pela tensão com a qual buscava manter sua organização imaginária sobre a nova gravidez, assegurando-a de “separar as histórias” e controlar os riscos gestacionais. Mas, mesmo buscando medidas preventivas extremas, iniciadas antes mesmo de engravidar, como o controle rigoroso da alimentação e retirada de todo o sal da comida – que sequer havia sido recomendado pela equipe médica – um novo dado do Real se inseria nessa cena, fazendo Celina se confrontar novamente com o risco de uma perda e indo de encontro aos arranjos psíquicos tão precariamente sustentados até então.

Na maneira como buscava contornar a angústia, suscitada pelo recém-descoberto diagnóstico de insuficiência istmocervical³² e pelos riscos de morte fetal e prematuridade nele implicados, Celina denunciava muito de seu modo de funcionamento subjetivo. Rapidamente abandonara a queixa por ver seus sacrifícios frustrados e a substituiu pela pronta aceitação da indicação de repouso absoluto, dizendo-se disposta a fazer tudo que fosse necessário para garantir mais chances à filha, “para que a bebê ficasse mais tempo na barriga e não precisasse de UTI”. Mas, para além da tentativa de controle, nesse momento Celina pôde também se valer do espaço de escuta a ela ofertado e da possibilidade de apalavrar sua experiência como um outro caminho diante da adversidade que se impunha. Ao assegurá-la da constância das sessões analíticas ao longo do internamento, sugerida como possível ponto de sustentação para a travessia que Celina precisaria operar, a analista fazia uma aposta no estabelecimento de uma relação transferencial que facilitasse, ao menos, que Celina encontrasse algum espaço de elaboração dentro de uma até então rígida conformação psíquica. Uma aposta que veio a se revelar bem-sucedida.

Ao passo em que seguia buscando cercar-se de informações que a amparassem em relação à saúde de sua filha, apegando-se, por exemplo, aos marcos temporais de desenvolvimento apresentados pela equipe assistencial e estabelecendo-os como metas a serem cumpridas, Celina passava a se ocupar de questões referentes à perda de Joana. Algo que fazia com todo o embaraço atrelado à tentativa de cumprir a tarefa que havia se imposto de não permitir qualquer pareamento

³² De acordo com a FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2018) A Insuficiência Istmocervical (IIC) é a doença em que a falha no sistema oclusivo do útero determina abortos tardios (ocorridos entre a 13ª e 20ª semana gestacional) e partos prematuros, tornando-se uma gravidez de alto-risco. O quadro clínico característico é de histórico de perdas gestacionais, sempre na mesma época da gravidez, que começam com a dilatação do colo do útero, seguido de rotura das membranas, com expulsão rápida do feto/bebê ainda vivo e sem malformações, associado a pouca dor e pouco sangramento. A ultrassonografia transvaginal no segundo trimestre pode auxiliar na identificação da susceptibilidade ao quadro, porém, na grande maioria das vezes, a incompetência do colo só é diagnosticada depois do parto prematuro ocorrer pela primeira vez.

entre as histórias das duas meninas. Inicialmente, apenas a bordejava tal qual fizera com o ambiente da UTI, onde, revelou, poucas vezes havia conseguido entrar durante o período de internamento de Joana na unidade. No entanto, a vivacidade presente em seus relatos indicava a atualidade da vivência em sua realidade psíquica, a qual, a analista apostava, poderia favorecer o trabalho de elaboração.

A narrativa de Celina apontava para a morte de Joana como um evento que ela havia tentado evitar a todo custo. Salientava que, desde a alta hospitalar da filha, ocorrida após um período prolongado na unidade intensiva, a levava a todos(as) os(as) especialistas, garantindo os cuidados necessários e sendo tranquilizada por profissionais, que atestavam o avanço da menina. Após uma crise respiratória, Joana morreu, sem ter recebido, a seu ver, o devido cuidado. Segundo ela, havia prestado esclarecimentos sobre uma particularidade do quadro da menina, atrelada a uma “sequela” da prematuridade, que apenas foi considerada quando já era tarde. Diante de um evento tão doloroso, ainda permeado por circunstâncias complicadoras, como o fato de ser percebida como uma morte evitável, Celina, entretanto, havia reprimido sua dor, como então podia reconhecer: “demorei a me permitir a sentir”. Relatou também para a analista ter proposto ao marido uma viagem com o objetivo de “se dar um tempo para viver o luto”, buscando criar um enquadre, “longe dos olhos da família e de amigos”, frente ao qual considerava que poderia acessar seus sentimentos.

O fato de convencer-se sobre ter encontrado uma acomodação para este luto, mesmo que em um tempo tão curto ia também se esclarecendo. Celina evidenciava ter se colocado na posição de responsável pelo bem-estar de sua família e, principalmente, de seu filho, que muito havia “pedido por uma irmã”, e entendia que, para isso, deveria se mostrar “forte” e, portanto, não dar vazão ao sofrimento pela morte da filha. Aspecto que, se por um lado, rapidamente poderia se associar à vivência de um luto não reconhecido, com risco de complicar-se e ser experimentado pela própria Celina como uma experiência obstruída, por outro, mostrava-se fortemente alinhado a seu modo de funcionamento subjetivo, uma forma de existir e lidar com as experiências com o qual já estava “acostumada”. Para além da intervenção no sentido de validar a experiência de Celina, reconhecendo a dimensão denegada dessa perda, parecia ser também necessário que ela pudesse se interrogar acerca da naturalização desta posição frente ao outro que, intuía a analista, precisaria ser colocado em movimento também para que Celina se autorizasse a dar um passo à frente em seu trabalho de luto.

Foi justo após a intervenção da analista, sublinhando essa repetição no momento em que se evidenciava em sua narrativa – quando contou ter interrompido o trabalho terapêutico ao saber que a psicóloga que a acompanhava durante o internamento de Joana na UTI sofreu um aborto – que Celina iniciou um novo movimento no espaço analítico. Talvez, seja possível dizer, adentrando em um tempo de compreender. Celina passou então a povoar as sessões com relatos sobre sua infância e adolescência, dando a entender, ao tentar formular uma resposta à questão da analista sobre o que sustentava essa posição frente ao outro, o quanto se colocava referida a um modo de relação que subjetivou naquele tempo, mantendo-se ainda fortemente identificada ao lugar que originalmente ocupou em sua trama familiar.

Narrava da seguinte forma a construção do seu mito familiar, ou seja, do enredo fantasmático que a enodava à sua família e dava forma imaginária à sua estrutura inconsciente: terceira filha de seis, frente a “irresponsabilidade” das irmãs mais velhas, assumiu o cuidado dos caçulas na rotina, dando suporte à ausência de sua mãe. Havia se acostumado a “cuidar” e não a “trazer problemas ou questionar”, percebendo-se, até os dias atuais, como uma “figura de referência” para sua família. Aceitando, apoiando ou, quando não era possível, silenciando diante do que discordava. Tal relação se evidenciava na própria cena hospitalar, através das demandas familiares que chegavam até Celina mesmo durante o seu internamento.

Deste enredo que Celina construía, destacava-se o caráter sacrificial que atribuía a suas ações e ao ímpeto de suturar uma falta que se apresentava na sua dinâmica familiar, oferecendo-se como objeto para recobri-la - modo semelhante ao qual respondeu, até então, ao luto pela morte de Joana. Pretendia-se, através da produção discursiva e do convite à Celina para questionar-se acerca da atual relevância desse *modus operandi*, facilitar que ela caminhasse na direção de um esvaziamento destes sentidos. Entretanto, o que se operou em um primeiro momento foi uma autorização, por parte de Celina, para expressar suas queixas que vinham, em verdade, carregadas de uma demanda de reconhecimento de seus esforços por parte desses outros. Da escuta desta demanda, as intervenções foram apontando para uma outra possibilidade: a de movimentar-se na direção da separação simbólica deste Outro, frente ao qual se alienava, esperando, ainda, alguma validação.

Dentre as queixas que trazia, uma foi especialmente destacada pelo incômodo provocado em Celina: a fala de uma parente que dizia se negar a chamar a bebê que gestava por outro nome que não Joana. Celina, afinal, não apenas havia escolhido um nome para a bebê tão logo descobriu

qual seria seu sexo, como também havia decidido que esta, diferente dos seus dois primeiros filhos (que foram nomeados em homenagem ao seu marido), não teria um nome que se referisse a ele ou a nenhum outro membro da família. O nome Ester, pelo qual já se reportava diretamente à filha em seu ventre, pretendia Celina, entraria de outro modo na série familiar. E, embora houvesse silenciado diante desta interpelação em um primeiro momento, formulava, no espaço de escuta, uma resposta de grande importância simbólica para esta questão.

Esse movimento de Celina, a partir do qual encontrava mais liberdade para tecer um saber acerca de si e de suas experiências com a maternidade, acessando conteúdos que antes parecia afastar de sua consciência, enfim a aproximava da possibilidade de avançar no trabalho de luto. Entretanto, como era de se esperar frente a uma conformação tão rigidamente estabelecida, ainda era permeada por medos e receios que, por vezes, a faziam recuar acerca de alguns aspectos que vinha trabalhando. Permaneciam, por exemplo, como pontos de evitação, o risco de prematuridade de Ester e a experiência na unidade intensiva com Joana, ainda que esta realidade fosse se tornando, a cada dia, menos provável, com o passar do tempo gestacional. Também Celina, por vezes, questionava durante as sessões se não deveria pensar ou falar menos de Joana.

Impelida pelo desafio de apostar no futuro da bebê que gestava e que tanto investia e, ao mesmo tempo, confrontada com o receio de uma repetição e do reencontro com as marcas deixadas pela vivência com Joana, parecia reconhecer então a complexidade do seu contexto e preocupar-se de modo mais realista acerca do lugar que poderia ser atribuído a Ester em sua realidade psíquica. Mas “separar as histórias” significava esquecer? Lembrar de Joana seria apenas lembrar do sofrimento? Havia lembranças para além da UTI? A partir de intervenções nessa direção, e, mais precisamente, a partir do apontamento assertivo de que sua história também compunha a história da filha gestada, Celina passou a construir uma narrativa sobre Joana que remetia ao processo de “reconstituição do objeto perdido” tal qual indicado por Freud como tarefa necessária ao luto que, afinal, não se reduzia à experiência de perda.

Destacando a força da relação libidinal nutrida com a filha, ao discorrer sobre como era “prazeroso cuidar dela” e do seu “corpinho miúdo”, Celina denotava o gozo envolvido na experiência compartilhada com Joana no exercício da função materna. A exaltação da criança, evidenciada pelos significantes escolhidos para falar dela, também remetia ao comum processo de reinvestimento do narcisismo primário de uma mãe partir da concepção de um filho.

Celina contava que sua filha era sorridente e, veio então a apontar, se assemelhava fisicamente à sua mãe, tendo os mesmos cabelos fartos e boca desenhada. Seguindo a partir desta nova associação que então surgia – dita inédita pela própria Celina – ela pôde também reconstituir, surpresa pelo afeto que lhe invadia, questões referentes a sua própria experiência de ser maternada, incluindo, enquanto um aspecto a ser elaborado em seu luto, essa vivência com a filha através da qual experimentava algo que “nunca teve com a mãe”. A analista pôde intervir apontando: “talvez seja mesmo necessário incluir para separar”.

Reverberando este ponto de corte, Celina retoma na sessão seguinte com uma “resolução”: contou ter decidido “conversar com Ester sobre Joana”. Criando esse ponto de encontro ao mediar a construção do que chamou de “relação entre as duas irmãs”, Celina pareceu menos inibida. Em verdade, pôde alegar, “Joana sempre esteve inclusa”, citando o hábito do filho de introduzir no desenho da família, onde já se retratava Ester, a imagem de “um anjinho” com o nome de Joana. “Mas acho que só agora me sinto à vontade de contar isso para Ester porque me sinto capaz de garantir que estamos vibrando por sua chegada e que essa alegria não se desbota pelo fato de a irmã não estar aqui”, disse.

A partir do momento em que tal separação simbólica se operava para Celina entre a história das filhas, uma outra camada que sempre esteve presente, atravessando a sua experiência, também pôde se desvelar. Em um dos atendimentos seguintes, após uma nova incursão em torno do tema da UTI, revelou que um dos seus irmãos tinha ficado com uma importante “sequela” do parto, uma paralisia cerebral, e morrera há poucos anos. Se tratava do “irmão que sua mãe mais cuidava”. Cuidado que, em suas ausências, passou a ser coordenado por Celina, que o levava a diversas consultas com especialistas quando ainda era menor de idade. Fez-se evidente para ela, então, que o significante “sequela”, sublinhado pela analista e utilizado para explicar a complicação vivida por Joana, bem como para justificar o receio em relação à possibilidade de Ester nascer prematura, já fazia parte de uma outra cadeia. Foi a partir da “sequela” do irmão, afinal, que se reposicionara em sua configuração familiar e no modo de estar referida à mãe, visto que passou a nutrir a expectativa de que era neste lugar de cuidadora do irmão que poderia ser amada por ela. Um sentido que precisava ser reconhecido e apalavrado para talvez, seguindo esta aposta no percurso analítico, começar a se esvaziar. Coincidentemente ou não, foi a partir deste momento de trabalho que Celina também se permitiu estar menos disponível para os outros que a interpelavam durante seu

internamento, referindo o desejo de se ocupar mais de si mesma em detrimento aos problemas familiares – constatação que, contou à analista, explicitou, finalmente, para sua mãe.

A despeito de todas as expectativas iniciais, Celina conseguiu realizar um parto a termo³³ após ter passado cerca de três meses na unidade. Ao longo desse período, passou pela fase de contar a passagem de cada dia, demarcada por símbolos que descolava da parede, e pela desistência da estratégia, que a fazia sentir-se mais ansiosa “buscando controlar tudo”. Houve também um momento no qual as queixas físicas tomaram maior proporção. A longa reclusão e aceitação absoluta de todas as medidas restritivas, acolhidas “pelo bem de Ester” a levaram a um estado de exaustão, sobre o qual ela finalmente se permitiu expressar. Ester, enfim, nasceu saudável, após um parto inicialmente marcado pela reatividade de Celina, que abordara a dificuldade em confiar na equipe com quem já havia se vinculado, capturada pelo temor da repetição do “erro médico” e do “risco de sequelas”. O processo terminou com a aceitação de Celina à possibilidade de ser cuidada pelo marido, que a acompanhou em um confronto aberto com sua dor – uma dor que não havia mais como esconder.

No último contato com a psicóloga, marcando o fim do internamento, Celina revelou ter passado muito tempo de sua gravidez “pedindo à Ester que fosse uma boa menina e ficasse mais tempo protegida na barriga”. Mas, sobretudo – endossou – tentava negar o quanto se sentiu, diversas vezes, chateada com ela. “Pensava como sempre fui comportada e precisava que ela fosse também, para que tudo corresse bem com a gestação”. Alegou, enfim, sentir-se muito bem após pedir desculpas a ela. “Ela não está aqui pra ser obediente. E nem eu.” – deu-se conta. Por fim, pôde demarcar o que de mais particular havia na história de Ester: enquanto Joana veio porque Jonas queria uma irmã, e Jonas, porque João não queria mais esperar por um filho, Ester fora uma escolha sua e desejava, talvez compreendendo melhor a importância disso, que ela pudesse “querer e fazer as coisas por ela também”.

Este recorte do trabalho realizado por Celina no curso de seus três meses de hospitalização demonstra que, mesmo no contexto de aplicação da psicanálise em extensão, permeado por diversos atravessamentos institucionais e pelas dinâmicas emergentes na cena hospitalar, onde também Celina era ouvida, importantes efeitos analíticos podem se efetivar perpassando pelo trabalho com os significantes que se evidenciam na escuta clínica.

³³ "Parto a termo" se refere a um parto que ocorre entre a 37ª e a 42ª semana de gestação.

Para possibilitar caminhar no desenvolvimento das questões deste estudo, optou-se por circunscrever, entre os elementos trabalhados clinicamente no acompanhamento de Celina, o quanto uma nova vivência gestacional após a perda de um filho pode demandar a reedição de um processo de luto, ainda que supostamente elaborado, e remeter, em seu aprofundamento, a uma dimensão mais estruturante da constituição desta mulher mãe enquanto sujeito – algo referente ao luto primordial e à sua resposta à falta do outro.

Ao longo do caso, foi se tornando evidente que a forma de responder à dor da perda de Joana, frente à qual Celina recua, comprometida a dar suporte ao luto do filho mais velho e preocupada em suturar sua falta, também reflete o seu funcionamento diante de outras demandas da vida. Uma posição que implicava em uma perda enquanto sujeito, mas que, certamente, também lhe dava borda para esquivar-se da própria castração. No caso de Celina, é justamente o fato da obstrução do seu processo de luto pela morte da filha estar intensamente atrelado a esse modo de posicionamento subjetivo, – ou seja, uma resposta calcada a uma alienação ao desejo do outro – que esta dimensão ganha espaço na cena analítica construída dentro de circunstâncias tão próprias, como a de um internamento hospitalar, e acaba por ser, ao menos, tangenciada no seu trabalho de singularização do desejo pela filha Ester.

Cabe também sinalizar que, conforme será mais detidamente trabalhado em uma análise transversal dos casos, essa relação com o Outro também se expressa pelas respostas à leitura que o laço social oferta acerca de uma vivência de perda perinatal que, neste caso, também se mostrou um complicador para sua oportunidade de expressão e elaboração, no tempo devido, do seu trabalho de luto.

Diante da constatação do risco gestacional, Celina responde de modo resignado à condição de emprestar o seu corpo para, com o sacrifício, buscar garantir mais chances à filha que gerava. Tal evento, entretanto, já marca uma diferença em relação ao que esperava ser sua experiência com a nova gravidez, evidenciando que os arranjos imaginários que havia estabelecido, após a morte de Joana, para encontrar condições de apostar em uma nova gestação estavam fragilmente sustentados. Talvez seja possível dizer, inclusive, que após uma perda significativa algo da sustentação imaginária acerca da maternidade torne-se obsoleto, evidenciando a presença de uma fissura, uma “fresta” por onde o real pode invadir e demandar um novo trabalho de bordejamento e elaboração simbólica.

Embora tal ocorrência a leve a um encontro com a angústia, que se torna motor para o trabalho analítico que vem a operar, esta ainda não aparece como condição suficiente para os deslocamentos significantes que marcam o percurso de Celina. É preciso inserir uma interrogação acerca de um padrão que se repete, sendo convocada a trabalhar e reconhecer o modo como respondeu à função que lhe foi atribuída em sua história familiar para que coloque em movimento a conformação que havia encontrado para lidar com a perda.

Este trabalho, em uma primeira instância, é um relançamento ao seu trabalho de luto. Compreende-se o luto, portanto, em concordância com Oliveira (2014; 2017), enquanto um processo complexo e não linear e que pode ser reconvocado a partir de novas experiências de perda. Ao reagir mal a contraposição de familiares a sua supostamente bem elaborada organização do lugar simbólico de cada uma das filhas, Celina evidencia que o trabalho psíquico implicado na reconfiguração familiar demandada pela chegada de um novo membro pode encontrar dificuldades adicionais quando um destes já não mais se reafirma concretamente neste cenário.

Inicialmente, Celina denuncia uma dificuldade em conciliar os dois lugares, como se para não incorrer a uma substituição precisasse instituir uma mútua exclusão. Entretanto, para que haja separação, é preciso que, primeiro, haja alienação, e para que um objeto perdido de tamanha importância não seja meramente substituído, é preciso um trabalho mais profundo de reconhecimento da sua particularidade para poder se destacar da perda a falta, motriz do desejo. É nessa direção que as intervenções analíticas buscam apontar.

Parece importante dizer que entre tantas variáveis que podem ser complicadoras do luto pela perda precoce de um filho, ainda apontado como um luto tipicamente não reconhecido (Caselatto, 2012), apesar da importante ampliação da discussão pública acerca do tema, a questão do seu caráter supostamente substituível parece ser a problemática mais particular acerca do processo de elaboração ocorrido nestas circunstâncias.

Em relação a essa temática, cabe destacar que é suposto por Freud (1917/1989) que, ao fim de um processo de luto, o sujeito que perde esteja apto a investir a libido em outros objetos, noção que pode ser erroneamente simplificada, como se o fim bem-sucedido desse processo dissesse respeito à possibilidade de se estabelecer um substituto para o objeto amoroso. Acerca disso, Rabinovich (1993) irá destacar um comentário do próprio autor, em um texto posterior à "Luto e melancolia", no qual, ao afirmar que nem tudo na pulsão é sexual favorece o reconhecimento de que resta algo que não é passível de substituição (Freud, 1920/1989b). Esta é também a tônica do

trabalho de Allouch (2004) que reafirma o argumento de que cada luto comporta algo de insubstituível a partir da análise da magnitude de certas perdas. Isso se relaciona ao fato de que, embora possamos ser causa de desejo para algum outro, jamais o seremos exatamente do mesmo modo que se operava com aquele que perdemos. Nas palavras de Rabinovich, isso equivale a dizer que nem todos os “buracos” são equivalentes nem podem substituir-se entre si, pois não há homogeneidade.

É ao ter esse aspecto essencial da elaboração de uma perda confrontado que Celina avança para além das acomodações imaginárias já encontradas, aproximando-se do cerne do que se pode almejar alcançar em um processo de luto: localizar a perda do lado da castração, conduzindo da perda à falta.

É aproximando-se dessa falta que, conforme dá-se conta, não consegue mais obturar - ou melhor, que nunca foi capaz de obturar, ainda que se ofertando na posição de objeto – que Celina pôde ensaiar uma aproximação, mesmo muito preliminar, ao movimento de separação, e sobretudo, realizar a travessia desse luto que estava represado. Trabalho que permite, pouco a pouco, a emancipação da dor, do medo de correr riscos e do controle obstinado que ela quer ter e que a faz sofrer e, ademais, favorece que ela comece a afirmar esse desejo não anônimo e uma posição materna face a essa nova gestação. Uma elaboração que, espera-se, também libera a menina que chega, com um nome próprio de outra letra, a iniciar uma nova série e favorecer a sua criação por parte de Celina.

O caso de Celina, portanto, evidencia a potência deste encontro de contingências entre uma nova gravidez após a perda e a oferta de um espaço para o trabalho analítico evidenciando que se um luto interditado impacta na gestação subsequente, a sua elaboração também pode favorecer uma interessante reconfiguração subjetiva para além das tarefas que inicialmente se buscava concretizar.

4.2. Identificação narcísica e reedição do imaginário edípico em uma experiência de maternidade após a perda

Questionavam se suas dores não seriam emocionais, logo contou Thainá à analista, que acabara de encontrá-la na unidade de emergência para onde havia sido transferida em virtude de uma suspeita de trabalho de parto prematuro, ainda com 18 semanas de gestação. A interpelação

da equipe de saúde, que não identificara, ao examiná-la, sinais orgânicos que justificassem os sintomas por ela apresentados, faz com que Thainá se descole, ao menos provisoriamente, do profundo e paralisante temor de uma perda para – tão incomodada quanto intrigada a respeito desta possibilidade – passar a ocupar-se das construções subjetivas que até então não se permitia trazer à tona, dentro ou fora do espaço analítico.

De fato, Thainá se apresentava muito fragilizada na ocasião em que deu entrada na maternidade. Trazia um humor deprimido e uma aparente inibição que se mostrava compatível com a busca por colocar freio no desejo e proteger-se do impacto de uma possível repetição de sua história – a ocorrência de um novo óbito fetal. Demarcara, desde o primeiro momento em que se ocupou do espaço de escuta a ela ofertado, não estar conseguindo viver a gravidez que um dia sonhara. “Quando engravida depois de ter perdido não tem jeito, é diferente”. Listava uma extensa gama de mal estares que já havia experimentado desde o princípio da gestação deixando claro que, frente ao seu estado de vigilância, todos tomavam uma maior dimensão. “Sentia medo, medo de morrer, medo de perder minha família, medo de precisar agir e provocar a perda do meu bebê”.

Mas algo que do que compunha sua atual realidade psíquica não entrava em cena apenas pelos confrontos suscitados diante de uma nova gestação. Algo nela, dizia ter clareza, mudara de modo aparentemente irreversível desde que teve que se despedir, sem nenhum tipo de preparo, de sua primeira filha, nascida prematuramente. “Um dos piores momentos foi quando me olhei no espelho e não me reconheci”. Dizia ver então uma pessoa triste, que havia perdido um otimismo que lhe era típico. Para Thainá, a perda da filha havia lhe acarretado uma perda no próprio eu, provocando uma mudança profunda em seu próprio senso de identidade. Uma identidade que parecia se sustentar de modo mais vacilante do que nunca e cujos frágeis alicerces se viam novamente ameaçados frente ao risco recém constatado, a partir do diagnóstico de insuficiência istmocervical³⁴ (IIC), de viver um novo aborto.

A tensão que permeava este seu estado, entretanto, contrariando o que indicara no primeiro encontro com a analista, quando disse “saber precisar” e até ter sido recomendada pelo seu antigo obstetra a fazer um tratamento em saúde mental, fazia Thainá recuar frente à possibilidade de apalavrar e elaborar o que se mostrava em cena, bem como diante da equipe médica, reafirmando

³⁴ Os termos “Insuficiência Istmocervical” e “Incompetência Istmocervical” são utilizados para tratar do mesmo diagnóstico.

também “preferir não saber” acerca do seu caso em prol de evitar “mais ansiedade”. “Preferia não saber”, se ausentando, tanto quanto possível, da realidade à sua volta e da sua vida.

Apenas quando vivencia essa “falsa emergência”, Thainá se dá conta, em ato, da dimensão das repercussões que esta realidade psíquica, até então evitada, vinha produzindo sobre si e sobre sua nova gestação. Propõe-se então a debruçar-se sobre essa questão nas sessões com a analista, estabelecendo, também, uma transferência com seu próprio inconsciente. Um passo cujas condições de efetivação igualmente se relacionam a um percurso anterior, no qual, mesmo com suas oscilações e recusas, o espaço de escuta nunca deixou de lhe ser ofertado; e, ainda que evitando falar do seu desejo, era convidada pela analista a reconhecer sua presença na decisão por deslocar-se para outra cidade em busca da melhor assistência e na disciplina com a qual seguia a orientação da equipe de manter um repouso absoluto em prol da viabilidade gestacional.

Mas permitir esse desejo circular – o desejo pelo novo filho e pela maternidade – era difícil enquanto Thainá se via tão identificada “à menina” que havia perdido. Extremamente culpada, deslocava este sentimento para pequenas ocorrências despropositadas até, após a intervenção da analista, conseguir elaborar acerca do que ele de fato se tratava: a culpa pela morte da filha. Esta, exacerbada – segundo ela – após receber o diagnóstico de “incompetência ístmocervical” cujo esclarecimento da equipe traz para ela o entendimento de que seu parto prematuro extremo se deu em decorrência do fato de seu colo do útero não ter sido capaz de sustentar a bebê em seu ventre por tempo suficiente. Um diagnóstico que lia, em suas palavras, como a constatação de que sua menina teria sido “perfeita”, morrendo em consequência de uma “falha” que era sua.

Curiosamente ou não, algo parecido havia se expressado em seu corpo de outra forma após o nascimento sem vida da bebê. Thainá desenvolvera um quadro no qual não conseguia reter os alimentos e acerca do qual não havia se chegado a nenhum diagnóstico. Este quadro, contou, havia feito com que se privasse do prazer de comer, temerosa de “não conseguir segurar”. A repetição destes significantes, ao ser destacada pela analista, permitiu que Thainá seguisse encadeando uma fala em torno deste ponto crucial de sua experiência: o fato de que o estranhamento de si, sobre o qual havia mencionado, passava pela percepção de um corpo que a pegava de surpresa, ao passo em que revelava não funcionar como supunha; um corpo falível, que desconhecia. Esta percepção em relação ao próprio corpo era perfeitamente expressa por Thainá, por exemplo, quando relatava seu temor de “não saber identificar as sensações relativas ao trabalho de parto”.

Com o avançar do trabalho nessa direção – de (re)construir um saber sobre este corpo frente ao qual sentia-se tão “desencontrada” – outros significantes foram se destacando. Mas, embora menos inibida na fala, ficava evidente o quanto Thainá se apresentava regredida e, especialmente, apassivada diante do Outro durante aquele período do seu internamento. Um aspecto reforçado pelo fato de, contrastando com a convocação do trabalho analítico para posicionar-se como sujeito daquela cena, ver-se dependente da manipulação do seu corpo por terceiros para que suas necessidades pudessem ser atendidas. Uma consequência da sua permanência em repouso absoluto, por indicação clínica, frente à qual demandava especialmente da figura de sua mãe, sua companhia constante no internamento.

O reconhecimento deste estado por parte de Thainá se deu também a partir da fala sob efeito da transferência. Em um relato em que contara ter “chorado como uma criança”, o estranhamento trazido pela escolha da expressão foi pontuado pela analista, levando-a assentir que, desde a gravidez, se sente assim, “vulnerável desta maneira”, uma sensação contra a qual tenta “lutar”. A fala remete ainda a outra, a ela anterior, na qual Thainá levantou a hipótese de ter “um útero infantil”, dizendo ter acreditado que esta poderia ter sido a causa da perda de sua filha. Crença explicada, após a tentativa de escandir seu discurso, pelo fato de se saber “pequena, miúda”. Thainá revelava, assim, significantes que marcaram este seu corpo antes mesmo de “incompetência” e que, talvez, estivessem nele encadeado.

Essa identificação com o infantil posta em cena, que denunciava importantes elementos de sua realidade psíquica, se tornou uma lente de leitura para os processos vividos por Thainá durante sua hospitalização, marcada, até então, pela vulnerabilidade e a incerteza quanto ao futuro de sua gravidez. Entre eles, estava claro, havia o trabalho de elaboração do luto pela perda da primeira filha, acerca do qual Thainá referia até então “não ter lidado, só sofrido e tentado parar de sofrer”. Atualizado pelas circunstâncias vivenciadas e finalmente passível de ser trabalhado, dada a nova implicação de Thainá, parecia necessário à analista que um discurso sobre a vivência com a primeira filha fosse construído.

Embora neste momento não houvesse mais uma recusa, ficava claro em sua fala que, pela forma como inicialmente subjetivou sua experiência de perda, reconhecia poucos elementos concretos acerca dessa filha para reconstituir. Foi necessário, inclusive, que a analista a indagasse acerca de seu nome, visto que Thainá referia-se a ela, apenas, como “a menina”. Thainá não chegara a sentir a filha mexer e pouco registrara acerca da relação construída com ela durante a gestação,

pois, como então revelou, sua gravidez acabou sendo atravessada por uma outra demanda que muito a absorveu: o adoecimento de sua mãe por uma condição que acreditavam ter sido resolvida.

Thainá contou ter sentido muito por não poder acompanhar e ser acompanhada por ela em suas consultas e chegou a alegar que houve um momento de sua gravidez que sequer conseguia pensar que tudo ficaria bem com a filha. “Minha mente não ia até aí. Só conseguia pensar em ter minha mãe comigo na hora do parto”. A isto, associava o fato de, embora não tendo recebido nenhum indicativo clínico para tal, ter passado diversos momentos da gravidez tomada pela ideia de que “não conseguiria ter a filha nos braços”.

A demanda pela presença da mãe nesta transição para a maternidade chamava a atenção e era indagada à Thainá pela analista. Para além do amparo, Thainá parecia buscar com essa relação também uma resposta acerca da questão de como se fazer mãe ou, mais precisamente, como se tornar mulher. Não à toa, a “descoberta” que a faz – intrigada pelas questões suscitadas no seu trabalho analítico – indagar à mãe acerca de suas próprias experiências de maternidade parece ter um efeito apaziguador. Curiosamente, apenas então a sua mãe se recorda de ter necessitado de assistência durante a gravidez e recorre a outra familiar para lembrar-se de que havia sido submetida ao mesmo procedimento que a filha, uma cerclagem uterina. Thainá faz uma interpretação muito própria acerca do esquecimento da mãe, assumindo que, como não havia perdido nenhuma filha, aquele fato não lhe fizera questão. Mas encontra aí um ponto de identificação que parece assegurá-la, em algum nível, de que tal destino também estava disponível para ela.

O desenrolar do caso, portanto, colocava em cena o dilema de Thainá, que se via ainda como uma menina, buscando uma saída para se fazer mulher. Suas produções no espaço analítico evidenciam que, antes da experiência da primeira perda, o caminho a ser traçado lhe parecia claro e sem complicações; contou afinal, emocionada, que desde criança sonhava em ser mãe e que, na sua infância, sua brincadeira favorita era cuidar de suas bonecas. Mas a partir do encontro com o real da morte da filha, que a leva também a um desvelamento da própria falta que supunha ser preenchida pela maternidade, algo deste imaginário não pode mais se sustentar da mesma forma. Ainda não se vendo como uma mulher-mãe, dizia ter “perdido a menina”, uma frase ouvida pela analista pela sua equivocidade e que, embora não tenha sido escandida, veio posteriormente a se conectar com outros significantes.

O percurso analítico de Thainá, portanto, diz respeito à fabricação de um saber sobre si e sobre a maternidade após a quebra de idealizações tão estruturantes. Um trabalho que, embora, tivesse ainda muitas camadas a percorrer, encontrava amparo em novos significantes e sentidos que iam se montando, permitindo à Thainá encontrar lastro para, de uma posição distinta, apostar na nova gravidez. O avançar deste trabalho sofre também, inevitavelmente, a influência das novas contingências que iam se apresentando, atreladas ao próprio curso do tempo: a possibilidade de sentir o filho, Léo, mexer; o alcance de importantes marcos de desenvolvimento e viabilidade da gravidez e a alta hospitalar para uma casa de apoio. Passos que apaziguavam Thainá que, menos capturada pela identificação à incapacidade, pôde alegrar-se pela possibilidade de cuidar do filho e se ocupar, mais consciente da tarefa frente à qual se encontrava, de fazer um luto também do que havia idealizado para sua atual gestação.

Mas dessa vez, ao passo que se lamentava acerca das roupas que não pôde comprar para o bebê, cuja chegada se aproximava, e dos dias que não pôde passar na companhia do marido curtindo a sua gravidez por estar distante da cidade onde residiam, também se mostrava mais aberta às convocações da analista acerca do que seria possível fazer frente a esse cenário distinto do sonhado. O que poderia ainda incluir nessa história? A história real vivida por ela e seu filho que, sublinhada assim para ela pela analista, a havia conduzido até aquele ponto. Logo ensaiava uma resposta à questão, mas dizia hesitar em relação à saída pensada com receio do que sua mãe e outros colegas da casa de apoio pensariam de sua atitude. “Bom, agora, mais do que nunca, a mãe é você”, pôde pontuar a analista, validando e convocando-a, em uma de suas últimas intervenções, ao reconhecimento da nova posição que ocupava.

O último contato de Thainá com a analista se deu após o tranquilo nascimento de Léo, que foi diretamente para seus braços, sem necessitar de suporte intensivo. Thainá apresentava-se tal qual descrevia, “inebriada por estar com ele ali”. Naquele momento, abandonara as tensões que até então a acompanhavam e mostrava-se confortável na presença do filho. “É a realização de um sonho. Um sonho de menina”, relatava emocionada à analista. Um sonho cujo trabalho implicado na sua realização merecia ser reconhecido. E ao responder à analista sobre como isso havia operado, disse, surpreendendo por evidenciar aquilo que parecia estar apenas nas entrelinhas, na leitura da analista: “Precisei encontrar minha mulher também”.

Após a despedida da analista, que demarcava o fim daquele trabalho, Thainá a chama de volta: “Esqueci de te contar. Eu conheci o mar. Todo mundo achou maluquice, mas eu fui, levei

meu filho ainda na barriga. Foi a melhor coisa que eu fiz. De alguma forma, ele vai nascer já conhecendo o mar e eu o conheci por causa dele. Ali, me transformei em uma nova versão de mim e na mãe de Léo”. Assim, Thainá e a analista se despedem, com a sensação de que, para além da reconstrução de estruturas abaladas pela primeira perda gestacional, a partir do trabalho de luto o percurso analítico de Thainá a havia encorajado a construir um caminho mais singular para viver a sua maternidade.

Acompanhando a trajetória de Thainá é possível verificar o quanto uma perda gestacional pode ser vivida de forma desorganizadora por uma mulher, especialmente ao passo em que a identificação com o objeto perdido e a dificuldade em particularizar o bebê que morreu enquanto um outro se mostram tão prementes. A perda, assim, vivida como uma ferida narcísica, pode levar o sujeito a um estado de enlutamento melancólico, tal qual nomeiam Freire e Chatelard (2009) em referência ao texto freudiano, sublinhando que, ao localizar esta falta no próprio eu, os sentimentos típicos de menos valia e culpabilidade se afloram, trazendo desafios particulares para o trabalho de elaboração do luto.

No caso de Thainá esse sentimento de perda narcísica se expressa, principalmente, através de uma mudança na relação com o seu corpo, que acaba por evidenciar também o quanto a própria experiência de um “eu unitário” resulta de uma construção atrelada à corporeidade. Diante do estado regressivo acentuado pelas particularidades gestacionais, uma espécie de reedição da própria remontagem pulsional originária pareceu ser também posta em cena.

Este relato de caso ilustra ainda como a mobilização do desejo por ter um filho após a vivência de uma gestação interrompida pode surgir, para além de suas coordenadas anteriores, não apenas como forma de reparar um bebê perdido, mas também de retirar essa mulher da cola de um signo de incapacidade – significante que aparece com frequência no discurso daquelas que perderam seus bebês e cuja nomeação diagnóstica (“incompetência istmocervical”) parece reforçar. Assim, pode-se afirmar que a inibição inicialmente apresentada por Thainá não está apenas atrelada a um sentimento de tristeza derivado da perda. Trata-se de um protetivo “refreamento do desejo” diante de um contexto no qual a frustração do seu projeto, mais do que lançá-la a uma nova dor da perda, a ameaça confirmar a identificação negativa que a assombra.

Ao passo em que se acompanha a trajetória de Thainá na direção de elaborar este luto narcísico, que demanda uma profunda revisão das coordenadas que sustentavam seu desejo pelo objeto perdido, pode-se identificar que este se trata, sobretudo, do trabalho em torno do mal-estar

que se instaura em sua tentativa de construir um caminho de “menina à mulher”. Um percurso inicialmente traçado por Thainá, mulher parda proveniente de uma pequena cidade do interior da Bahia, de modo extremamente idealizado e balizado em um ideal de cultura que sobreviveu às mudanças na sociedade – embora não detendo mais a mesma força e expressividade para as diferentes mulheres e culturas – e que é, também, uma das saídas edípicas apontadas por Freud: buscar, por meio da maternidade, substituir simbolicamente o falo pelo filho.

Thainá demonstrou que, em seu ponto de partida no trabalho analítico, se encontrava em uma espécie de “limbo” no qual ainda não sabe se fazer (ou se reconhecer como) mulher, mas já não podia mais ser a mesma “menina sonhadora” de antes. Afinal, como repete diversas vezes ao longo do acompanhamento, “havia perdido a menina” indicando, a partir da polifonia desse significante, a identificação em curso e o que, de fato, sentia ter perdido com a morte da bebê.

Sua narrativa deixa claro, portanto, que o luto, nestas circunstâncias, pode ir muito além da necessidade de subjetivar a perda de um filho, demandando também a elaboração da frustração de um sonho de futuro, e, sobretudo, pelo caráter altamente idealizado atribuído à maternidade, de uma posição enquanto sujeito e, mais precisamente, enquanto mulher. Afinal, o mundo presumido e idealizações estruturantes de Thainá se viram rompidos com a inviabilidade da sua primeira gestação. Têm-se então que, se por um lado é possível seguir a trilha apostando todas as fichas na viabilidade de uma nova gravidez, sem necessariamente operar um rearranjo subjetivo acerca do que sustenta essa trajetória, por outro, ao permitir atravessar um processo de luto e de abandono das idealizações, uma perda tão crucial como esta pode favorecer ao sujeito ensaiar uma outra forma de lidar com a própria falta através de uma experimentação que não se restrinja à lógica fálica.

Com essa leitura não se pretende naturalizar a concepção de que há um caminho privilegiado e predeterminado para uma mulher lidar com sua falta, que, a propósito, está posta para todo sujeito independente do semblante com o qual se identifica. Afinal, como já foi elucidado em sessões anteriores, e conforme se pode ilustrar a partir de outros casos clínicos, existe a possibilidade de que os passos lógicos na direção deste desenvolvimento sequer perpassem pela questão do ser mãe e que existam outros fatores que norteiem o que captura, em um primeiro momento, ou o que reconstitui as rotas do desejo de uma mulher pela maternidade.

Entretanto, o caminho analítico de Thainá evidencia o quanto este modo de subjetivação referido ao Édipo Freudiano, que, tal como apontou Foucault, também se instaurou como um

discurso social, ainda persevera enquanto modo de constituição de muitos sujeitos. Cabe apontar, no entanto, que a partir dos encontros com o real algo para além do gozo fálico da maternidade também lhe foi demandado.

Em suma, embora a clínica demonstre a real possibilidade de que a partir do nascimento de um filho uma mulher viva uma profunda reorganização erótica e subjetiva (Soler, 2005), mesmo quando ela ocorre há um para além deste enredo, pois a vida de uma mulher não é uma fábula que se encerra com a chegada de um filho como no “felizes para sempre”. Enquanto ser desejante, o provável e desejável é que siga havendo espaço para cultivar interesse por outros objetos e caminhos.

Por fim, pode-se dizer que o caso permite apontar, de certo modo, como a ruptura das idealizações vividas por uma mulher que já se viu impossibilitada de realizar o projeto da maternidade, demanda, mais do que nunca, atos de criação. Afinal, se a saída pela lógica fálica segue sendo possível e até desejada, possibilitar que ao lado dela haja um movimento de experimentar e construir maneiras distintas de lidar com a falta, que não apenas buscando obturá-la pode favorecer um encontro mais potente não só com o filho, quando chega, mas principalmente, com os recursos que encontra frente ao seu próprio desamparo.

4.3. Repetir e elaborar?

Alguns meses após ter recusado uma oferta da analista, Bruna buscou o acompanhamento psicológico sob a justificativa de estar sendo acometida por “crises de ansiedade”. Tratavam-se de episódios agudos de desconfortos no corpo e formigamento nos braços e pernas que não conseguia situar bem quando ou porquê eram desencadeados. Na ocasião, dizia assustar-se por “não saber como lidar” com eles, muito embora não evidenciasse nenhuma afetação em seus relatos acerca desta vivência.

A demanda que Bruna trazia para a analista sugeria que a jovem havia se deparado com uma espécie de ponto limite, visto que, até sua hospitalização anterior, alegava não necessitar do cuidado psicológico, referindo tranquilidade e não acessando qualquer receio referente ao risco gestacional ou à possibilidade de viver outra perda. Um estado que, mais do que uma resistência, sugeria à analista uma espécie de desconexão – ou desimplicação – de sua subjetividade, somada

à ausência de um repertório para falar sobre si e seus sentimentos. Não à toa, é apenas pela via de um sintoma corporal que algo até então ignorado pela própria Bruna se faz escutar, passando então a ver-se interpelada a decifrá-lo sobretudo para livrar-se do sofrimento que ele lhe trazia.

Convidada então a falar acerca do seu mal-estar, como forma de construir saídas para o dilema do qual se queixava, Bruna não demorou a declarar, ainda que o fazendo com certo distanciamento afetivo, sua hipótese de que os eventos teriam uma conexão com as experiências de perda gestacional. Uma hipótese que revelava a existência de um saber até então não reconhecido sobre a implicação dessas vivências.

“Então, eu perdi de novo” contara em tom de desânimo e do que parecia ser, talvez, de algum cansaço, acerca do seu mais recente aborto, evidenciando que este era experimentado subjetivamente como uma repetição. “Mais uma vez não deu certo”. Bruna, mulher negra de apenas 22 anos, havia passado há poucos meses pela sua quarta perda gestacional, tendo as três últimas ocorrido de modo praticamente consecutivo, visto que sequer havia esperado o tempo indicado pela equipe médica para engravidar novamente.

Ao tratar sobre essas vivências, chamava atenção o modo como constantemente confundia-se acerca da ordem dos eventos e o nome dos bebês. Evidenciava, assim, o quanto estavam subjetivamente entrelaçadas, como se juntas compusessem uma indistinta e cada vez mais profunda experiência de perda. Ia se esclarecendo, a partir das narrativas que construía no espaço analítico, que ao passo em que não se permitia ocupar-se de reconhecer o valor subjetivo destas perdas e assim agir sobre estas vivências que se acumulavam em prol da realização de um trabalho de luto, encontrava-se, também, cada vez mais siderada na busca por repará-las por meio de uma maternidade “bem sucedida”. As novas gestações pareciam desdobrar-se como atos sem elaboração, o caminho encontrado para buscar lidar com a frustração do seu desejo e que, até então, a despeito do entendimento que ia lançando sobre o sofrimento experimentado, não problematizava.

A analista apostava, entretanto, que ao exercitar colocar o que se passava em sua realidade subjetiva em palavras, através da fala sobre efeito da transferência que ia se estabelecendo, algum novo movimento poderia se processar. Convidava, assim, Bruna a enfim ocupar-se deste trabalho de luto, um trabalho de elaboração em torno do que a jovem nomeara como “uma ferida aberta que arde” e que, tal qual uma ferida no corpo, intervinha a analista, tende a inflamar, e não a curar-se, quando são apenas tapadas. Foi então, a partir da reconstituição de sua mais recente experiência de

perda, que Bruna passou a singularizar as vivências que compunham esse emaranhado, vindo também a se deparar com uma diferença, algo novo que se inseria e produzia efeitos na série que até então engendrava: o fato de, desta vez, ter visto seu bebê após o nascimento e de ter partilhado da experiência com uma outra mulher que se encontrava no mesmo alojamento que ela na internação.

Ao narrar o que se passou, Bruna apontava a solidão na longa hospitalização como uma das vivências mais difíceis que já teve ao longo de todo este percurso em torno da maternidade. Não podia ser acompanhada ou receber visitas na instituição devido à pandemia de Covid-19 e ocorreu que foi justamente por estar só que Bruna também pôde decidir por si por este encontro com o bebê. Um encontro que, nas demais ocasiões, havia sido negado a ela por seus familiares que intervinham, buscando protegê-la da inevitável dor da perda, alegando que “seria pior depois”. Justificativa que, a despeito do seu desejo, acatara, acreditando que eles “decidiam o que seria melhor para si”.

Apesar do discurso ambivalente acerca de tal encontro, que dizia ter sido “bom e ruim” – afinal, a levava a entrar em contato com a dor pela morte do bebê – o afeto que permeava o seu relato evidenciava para a analista, e, aparentemente, para a própria Bruna, o valor da perda que se operava, ao mesmo passo em que dava sinal do que havia de definitivo naquele evento. Um confronto que continha um dado de real que, não sendo elaborado em um primeiro tempo, era possível interpretar, retornara como sintoma corporal, mas que tivera, para usar um termo Freudiano, seu papel de “teste de realidade” (Freud, 1917/1996) na concretização da perda sobre a qual, então, na cena analítica, permitia-se sentir e, aos poucos, bordejar simbolicamente.

A partir deste marco, que a levava então a significar de modo distinto aquela perda gestacional, Bruna seguia dando passos ainda preliminares, mas necessários, para a elaboração do luto que não se detinha à morte dos bebês. Havia algo ainda muito pouco assimilável acerca do que evitava a todo custo dar por perdido a partir de tais ocorrências e que se esbarrava nos sentidos tão generalizantes que apresentava sobre a maternidade – dizia que sempre sonhara em ser mãe e que, para ela, ser mãe era “tudo”, sem conseguir abrir o discurso. Algo que dá pistas a partir do surgimento de uma nova manifestação “involuntária do seu corpo” sobre a qual Bruna relata à analista, movida pelo incomodo por ela causado, e introduz ao trabalho um novo fio condutor capaz de aproximá-la das respostas a essas questões.

Este ato “involuntário” que atribuía ao seu corpo referia-se à sensação de que ele “repelia” o marido em seus momentos de crise. Ao discorrer a este respeito, provocada pelas intervenções da analista, vem a retomar uma narrativa sobre suas gestações e perdas por meio da qual chega a elaborar que o que mais lhe causou dor naquelas ocasiões não foi a morte das crianças em si, mas a sensação de solidão que experimentara em todo o curso de sua gravidez. Uma solidão que, neste momento, significava como a percepção de que o seu desejo não era compartilhado pelo parceiro. Bruna contou ter chegado ao ponto de “blefar” acerca da possibilidade de induzir um aborto, apenas para ver se a possibilidade de perda fignaria o desejo dele – o que não ocorreu. A alegria que referiu sentir mesmo ao descobrir a gravidez muito jovem, com 14 anos, foi contrastada pela reação do marido.

Capturada de outra forma por esse enredo, acerca do qual se expressava com mais mobilização de afeto, e parecendo surpresa pela forma como seus próprios relatos se encadeavam – fato apontado pela analista que a convidava a reconhecer a expressão desse “saber não sabido” – Bruna seguiu se ocupando de aspectos dessa relação, revelando ter passado por muitos momentos difíceis até construir com o marido uma parceria como a que então haviam estabelecido. “Aguentei muito, mas na verdade, sempre foi ele. Nem houve tempo de ter outro alguém”. Bruna dizia que mesmo com as traições, que lhe machucaram muito, não pensava em terminar o relacionamento. Se via então relacionando os fatos a outros, associados ao processo de separação dos pais, ocorrido ainda na sua infância.

Bruna contara que foi por conta de uma traição que sua mãe se separou do pai, mas que a decisão se seguiu de um enlutamento doloroso e aparentemente jamais elaborado por ela – um destino que não queria enfrentar. Segundo a jovem, sua mãe deprimiu, e, embora claramente entristecida, não tratava do assunto com as filhas. Imediatamente se ocupou de um novo trabalho e uma nova rotina frente a qual Bruna, convivendo também com a ausência do pai, passou a sentir-se extremamente solitária, apresentando por meses a fio episódios de febre sem nenhuma etiologia orgânica, mas jamais tratados por sua família como uma manifestação emocional – agora assim lia Bruna.

Partindo do resgate dessa cena, reveladora de dinâmicas subjetivas que pareciam se manter até os dias atuais, a jovem reconhecia, em um primeiro tempo, um modo de lidar com a dor que considerava ter “herdado” de sua mãe e que a fazia sentir-se desautorizada a um movimento diferente acerca do sofrimento pelas suas perdas: “Finjo que estou bem, não quero que sofram junto

comigo por causa do meu problema”. Dizia que, frente aos efeitos dessa experiência, ela apenas “esperava passar” ou “tentava seguir a vida, mesmo lembrando” – uma via que, então, reconhecia “não estar mais funcionando”.

Além da supressão da expressão das emoções, entretanto, havia também uma pressa por suplantá-las que precisava ser reconhecida. A “falta de tempo” para o sofrimento marcou a história que escolhera contar sobre sua família e, como ela própria sublinhara anteriormente, se repetia não apenas na busca incessante por novas gestações, como também na própria decisão precoce pelo casamento com o companheiro, uma decisão que, então refletia, dizia respeito a uma tentativa de apelar a dor pela família “desfeita”. Bruna, por vezes, também relatava dificuldade em marcar suas consultas por ter “muitos compromissos”. Reconhecia se envolver em muitas atividades que, como evidenciava em sua fala, não tinham um especial significado para ela a não ser “fazer bem para preencher o tempo”. Se ocupar de si parecia ser o mais difícil. Essa leitura a respeito de sua dinâmica foi apontada pela analista como uma intervenção no momento no qual a paciente sinalizou que havia perdido a consulta por se envolver em outra tarefa.

Após algumas semanas, Bruna retornou e, demonstrando que havia produzido algum efeito, afirmou ter decidido conversar com seu parceiro sobre o que estava passando – uma questão que já havia sido abordada no espaço terapêutico, mas que se encontrava com a resistência de Bruna e o receio de, ao se abrir, ter seu sofrimento invalidado. Tratava-se de uma decisão de grande importância simbólica, visto que nomear para um outro significativo, para além da cena analítica, a experiência que vivia, denotava um compromisso em, no lugar de encobrir, lidar com o que a afligia. Além de ser um ato possível apenas a partir do próprio reconhecimento de sua experiência subjetiva, por meio dele Bruna experimentava convocar a alteridade para tratar, junto a ela, desta questão – de modo distinto do que dizia ter ocorrido, até então, na sua vida.

O que se sucede desta sua iniciativa, entretanto, permite que Bruna retome um aspecto que parecia tangenciar a sua questão em torno da busca pela maternidade e, finalmente, tratar dela de outro modo. Ao relatar ter precisado insistir para que o companheiro “levasse a sério” o que dizia, confessou que, sempre que buscava conversar com ele dizendo não estar bem, o mesmo propunha que ela não ficasse sozinha em casa enquanto ele saía pra trabalhar e se “ocupasse” com outras pessoas – algo que, de fato, costumava fazer e que acreditava evitar o desencadeamento de suas crises de ansiedade. Indagada a esse respeito, após algumas elaborações por meio das quais rememora também a vivência de estar só no seu último internamento, Bruna contou imaginar que

um filho seria alguém que estaria sempre com ela e que esse pensamento a reconfortava. Remetia-se a ideia, devolvida então pela analista, de um filho que não a deixaria sozinha com ela mesma. Seria isso possível?

Pôr em questão a relação com a solidão, que pôde ser então reconhecida como um aspecto central para sua estruturação subjetiva e para a forma como se movimentou no curso da vida, fugindo o quanto podia deste encontro, caminhou junto com uma revisão deste imaginário acerca do filho como um objeto capaz de tapar este “buraco” com o qual não lidava bem. Esclarecia-se aos poucos, por meio do trabalho analítico, tratar-se de uma busca anterior às próprias experiências gestacionais, que parecia remeter à uma tentativa de reparar a primeira vivência de desamparo da qual rememorava, imaginariamente colada à separação que ocorreu no seu seio familiar. Este luto não trabalhado, que engendrara a procura de outras saídas por parte de Bruna, se encontrava então com as determinações do seu desejo pela maternidade, que parecia ter, em grande parte, se sustentado com base na crença de que o filho e a nova família que com ele instituiria supririam o vazio que a acompanhava.

Bruna então caminhava entre estas distintas dimensões que se encontravam tão fortemente em sua realidade subjetiva, mergulhando e retornando para a cena atual, na qual nunca deixara de estar posta a questão acerca de uma nova tentativa de viver a maternidade. Neste processo, Bruna não deixava de se capturar por este imaginário em torno do que poderia ser para ela esse filho, mas, ao mesmo tempo em que indagava acerca da possibilidade de uma nova gestação ajudá-la com as crises de ansiedade – já que estas se desencadeavam apenas quando estava sozinha – já se adiantava em responder que, “no fundo”, sabia não ser essa a solução. Uma resposta tão importante quanto custosa e, por isso, ainda difícil de sustentar. Frente à angústia com a qual se esbarrava ao não encontrar uma nova saída a ela substitutiva ou uma clara direção por onde se mover, suportava, porém, ouvir a indagação da psicóloga: “E se você se der um tempo para responder?”.

Após alguns meses de acompanhamento, Bruna chega à consulta no ambulatório dizendo que suas crises estavam diminuindo de frequência. Na ocasião, contou, feliz, que tinha ido “sozinha para a maternidade”. Não havia comentado, até então, mas sempre que ia para a instituição, seu marido a ficava esperando. A analista marcara para Bruna a frase que, embora tomada de modo literal por ela, evidenciava, pelas construções que se seguiam, o quanto o significante “sozinha” retornava, pela primeira vez, apresentado de maneira positiva. Sozinha, naquele momento, era para ela uma “conquista” e parecia ser à solidão que seu imaginário sobre a maternidade fazia radical

oposição. “Sozinha na maternidade” então talvez dissesse respeito à possibilidade de Bruna seguir sem levar com ela tantos espectros que até então carregava para esse lugar materno.

Esse período que, compreendia então a analista, havia se constituído como uma primeira etapa do trabalho analítico de Bruna, construída em torno do imperativo pela maternidade que se impunha frente aos seus lutos não elaborados, se encerra com a sua decisão “vou passar mais um tempo sem planejar ser mãe. Acho que preciso mesmo dar espaço para outras coisas. Apesar de me sentir ansiosa, sei que sou jovem”. No ato, a analista a indaga então o que ser jovem significa. “Que tenho tempo, né?”. Bruna então demonstra ter aceitado o convite lançado a ela para, através do trabalho analítico, mas também para além dele, “criar tempo consigo mesma”.

O caso de Bruna, ao primeiro contato, impactou a analista pela quantidade de perdas vividas por uma mulher ainda tão jovem. A constatação já vinha acompanhada de uma inferência, logo confirmada por Bruna, acerca do curto tempo sucedido entre uma gravidez e outra. Ainda que para lançar qualquer leitura acerca de sua trajetória fosse indispensável dar voz à sua própria narrativa, o risco clínico ao qual se submetera, destacado para a analista pela equipe médica que assistia Bruna, já dava a ver que aquelas repetições comunicavam algo. Algo que, embora notável à analista, passa a ser problematizado pela própria Bruna apenas a partir de um ponto de corte estabelecido pelo sintoma corporal – um padrão já existente para a manifestação de seus conflitos psíquicos, até então raramente apalavrados.

Parece inevitável, a partir da leitura do caso, lembrar da máxima freudiana “repetir para elaborar” (Freud, 1914/1996). Ainda que os custos destas repetições pudessem ser altíssimos, as gestações que aconteciam de modo consecutivo, sem planejamento consciente, mas também sem serem evitadas, parecem ter sido o caminho possível à Bruna, na ausência de outros recursos simbólicos, de buscar dar lugar àquilo que, não subjetivado, insistia e resistia. O modo como a experiência de Bruna se processava, especialmente no que tange à resistência em recordar e entrar em contato com o impacto do que foi vivido, até o desencadeamento das “crises ansiosas”, sugere que as novas gestações se sucediam, portanto, como atos em uma tentativa de elaboração.

A vivência de Bruna ilustra aspectos comuns à prática clínica com mulheres com história de perdas perinatais, especialmente no que se refere a apresentação deste senso de urgência em recorrer a uma nova gravidez após a experiência com o óbito. As gestações empreendidas nesse contexto, quando, de fato, não há respeito ao tempo lógico necessário para se desinvestir de uma gravidez interrompida ou de um bebê que não sobreviveu, tendem a ser, ao menos inicialmente,

vividas como solução para substituir o que foi perdido, como uma espécie de “reparação” ou desafio, a partir do qual se busca dar outro contorno a um corpo então vivido como “impotente”. Cabe apontar ainda que, quando assim se configuram, seja essa intencionalidade consciente ou não, essas gestações representam um risco para a subjetividade não só dessa mulher, que deposita as mais altas expectativas sobre ela, mas também sobre a nova vida que é gerada, muitas vezes “herdando” um lugar simbólico que não inclui a sua particularidade, como vem sendo apontado por estudiosas da clínica com bebês e crianças (Jerusalinsky, 2020).

Esse modo de perseguir as novas gestações sem pausa para elaboração pode surgir como uma reverberação da dificuldade em reconhecer a singularidade do que, de fato, se perdeu, em virtude das próprias características do objeto – afinal, algo novo também se processou com Bruna quando, ao encontrar o corpo do bebê, tanto a existência do filho quanto a perda adquiriram para ela uma maior concretude – mas também pode se apresentar como uma forma de evitar o encontro com o vazio evidenciado por sua ausência. Em certas circunstâncias, como nas primeiras gestações de Bruna, se faz possível afirmar que, embora haja dor decorrente de um vazio da presença real dos bebês durante a vida intrauterina, o sofrimento derivado da vivência da perda pode se apresentar para uma mulher, sobretudo, pelo risco de ver frustrada a fantasia que sustenta sua relação com a maternidade.

Nesse sentido, cabe apontar ainda que, o “sonho” da maternidade, quando surge de modo bastante imaginarizado e pouco dialetizável, como no caso de Bruna, representa um desafio ao trabalho de elaboração e endossa o quanto a naturalização do amor materno e da maternidade enquanto destino privilegiado feminino ainda são subjetivados, muitas vezes, sem maiores reflexões que permitam esclarecer a uma mulher o que há de particular no seu desejo. No caso de Bruna, foi apenas através da implicação no trabalho analítico que tal percurso se fez possível, favorecendo, finalmente, uma maior liberdade quanto ao modo de responder à falta que então reconhecia, sem precisar recorrer à continuidade de uma série que já não se mostrava mais sustentável para ela física ou psiquicamente.

O lugar do filho como um substituto da solidão, concepção que adquire tonalidades próprias na contemporaneidade, e a dimensão do tempo na experiência gestacional e no trabalho de elaboração das perdas – gestacionais ou não – também se colocam como importantes elementos na construção do caso. Como afirma Dunker (2011), a solidão é uma versão do que se chama, em Psicanálise, de castração ou separação, justamente por se tratar de uma experiência na qual o objeto

ao qual poderíamos nos identificar para cobrir nossa falta e a nossa falta no outro, por alguma razão, não se presta a essa função. O sentimento de solidão supõe que poderia haver uma presença aonde algo se ausenta; trata-se de uma vivência que, embora guarde uma dimensão estruturante, com frequência é imaginariamente interpretada como resultante da falta de reconhecimento ou amor de um outro, que, no caso de Bruna, remete-se ao desfazimento de uma estrutura familiar unida e presente, que restou, de algum modo, idealizada para ela e que pode, de fato, ser agudizada por iniquidades da vida.

Em um viés mais sociológico, mas que evidencia reverberações na prática clínica, é possível reconhecer que, diante da fragilidades dos laços, de fato, o filho tem sido para muitas mulheres, o seu único companheiro estável ao longo da vida (e vice versa) (Marcos, 2017; Moschkovich, 2020); dado que parece, de alguma maneira, se encontrar com a “promessa edípica”, também atrelada aos discursos sociais idealizados em torno da vivência de maternidade e acerca do lugar que um filho pode ocupar subjetivamente para uma mulher. Uma promessa que, na contemporaneidade e, em especial, entre mulheres submetidas à maior vulnerabilidade socioeconômica e cultural, perpassaria pela noção de que ainda vale a pena abdicar de uma série de reivindicações, no âmbito do reconhecimento na cena pública ou mesmo das expectativas em torno das relações conjugais e familiares – ainda tão desiguais e, muitas vezes, violentas – pois a mulher teria como “compensação” a possibilidade de gozar de um modo diferenciado da “dádiva” que é ter um filho.

Essa construção pode vir a ser fissurada quando, ao contrário da realização e compensação esperadas, esta mulher se encontra com a morte de um bebê e, com ela, uma espécie de nova “negativa” da vida. Diante de uma experiência de perda perinatal, portanto, uma mulher pode se ver remetida, mais do que à despedida de um filho com quem se sonhou, ao desordenamento de uma ficção muitas vezes estruturante para lidar com as intempéries da vida e para se compreender na trama social. Isso não quer dizer que a maternidade seja um destino único nem que estes atravessamentos sejam excludentes de outras matizes do desejo de uma mulher por tornar-se mãe. Mas, ainda que essa experiência e as significações em torno da maternidade sejam sempre singulares a cada sujeito, é de grande importância elucidar as dimensões interseccionais que também as tocam e que, embora usualmente não se explicitem, exigem, eticamente, uma leitura atenta de suas entrelinhas, para que tais questões não sejam apenas apagadas ou suprimidas em prol de uma leitura e intervenções em saúde meramente individualistas.

É certo que não se esgotaram ou sequer se escandiram de todo os enredamentos significantes aos quais Bruna atrelava o seu dito desejo pela maternidade. A solidão, por si só, poderia incluir infinitas apropriações e possibilidades. Mas cabe considerar que, dentro do contexto de um trabalho em extensão, os esvaziamentos e deslizamentos de sentido operados puderam também favorecer com quem Bruna comparecesse como sujeito para além do *automaton* das repetições, podendo olhar novamente para a maternidade como um caminho, entre outros, a se seguir a partir de uma escolha, que apenas caberia a ela.

4.4. Semblante de mãe, semblante de mulher?

“Tive vergonha de dizer que não fui capaz de gerar meus filhos”, contou Camila, buscando situar o que se passava em sua realidade psíquica a ponto de tornar o momento que vivia tão desorganizador, chegando a chamar atenção da equipe assistencial imediatamente após o seu internamento na unidade. O desencontro entre o que se passava concretamente na cena hospitalar e o que Camila transmitia através de sua expressão e reações, fora evidenciado pela fala de uma profissional que, ao solicitar o apoio da psicologia para Camila, a descrevia-a como alguém que estava clinicamente bem, “mas parecia não estar entendendo isso”. Um cenário que denunciava que algo da sua subjetividade transbordava, sugerindo a presença de conteúdos e afetos que precisariam encontrar outro destino.

Ao ofertar, pela primeira vez, sua escuta à Camila, a analista logo encontrou em resposta a sua mão estendida, procurando-a. Um gesto que acolheu e sustentou, compreendendo esta continência por ela buscada como uma condição necessária para que aquela mulher, de corpo trêmulo e lágrimas nos olhos, ousasse aceitar o convite para falar acerca do que vivia.

A impressão que essa primeira cena gerava na analista era de que Camila encontrava-se em uma posição regredida. A própria imagem do seu corpo na cama causava um impacto, que, inferia, deveria ter ressoado na equipe: se tratava de uma mulher negra, próxima aos 40 anos de idade, grande em tamanho e porte, mas que, por meio de sua postura e gestos, ali, lembrava um bebê. Mantendo esta continência física e assumindo uma posição de escuta interessada, a analista apostava na possibilidade de Camila se apropriar deste espaço de fala e conseguir, aos poucos, dar outros contornos a estes afetos que pareciam tomá-la de todo. Algo que tentava então traduzir como

o “medo de tanta coisa” e o “medo que não conseguia controlar”, referido ao que ainda não conseguia nomear.

Camila contou à analista que não havia planejado a atual gravidez. Em seu passado, dizia, desejou intensamente vivenciar a maternidade, mas “nunca dava certo”: foram quatro gestações e quatro bebês que, em suas palavras, “não vingaram”. Experiências de perda acerca das quais, embora anunciasse, parecia evitar desdobrar. Dizia já ter “colocado na cabeça que não podia ser mãe”, uma frase que parecia esclarecer, ao menos em parte, o impacto da atual vivência. Afinal, conforme iria se esclarecer ao longo do processo analítico, havia adotado essa resolução de abandonar seu projeto de ter um filho, especialmente, como uma tentativa de colocar um ponto final no sentimento de frustração que seguia reverberando de suas tentativas consideradas como “mal-sucedidas”.

Mas, apesar de sugerir a presença de um importante sofrimento decorrente dessas perdas, que perdurava a despeito dos seus esforços para esquecê-lo, a preocupação que rapidamente veio a localizar em sua fala dizia respeito aos impactos que temia que a atual gravidez gerasse no seu relacionamento amoroso. Camila dizia que o companheiro a tratava muito bem e tinha medo que as coisas mudassem a partir da gestação. Uma fala, frente a qual, a analista silenciava, apostando na presença de algo não dito ainda a se revelar, como, de fato se fez.

“Falei a ele que não queria e não iria ter filhos. Não queria mais passar pelo que já passei e não queria que ele criasse expectativas”, disse Camila, ouvindo como resposta a intervenção da alista indagando: “que ele criasse?”. Abrindo então os seus relatos, Camila discorreu sobre suas gestações anteriores, ocorridas quando era ainda bem jovem e vivia “um relacionamento horrível”, no qual chegara a sofrer distintos tipos de violência, incluindo a física. Uma relação que manteve por longos anos, sobretudo, pela “vergonha” de reconhecer a “má decisão” de ir morar com seu então namorado, contrariando sua família, de quem se distanciara de modo a não expor o que vinha vivendo.

Mas, ao contrário do que esperava, encontrou apoio ao finalmente abrir-se acerca do que ocorria e, embora sofrendo por deixar tudo o que havia construído materialmente para trás, foi acolhida e voltou a viver com os pais por um tempo. “Se pudesse voltar atrás, faria diferente”, constatava, elaborando não só acerca de uma espécie de culpabilização pelas dores vividas no passado, como também sobre este contexto de violência – que, inferia a analista, não devia ter

passado sem consequências para a maneira como se enxergou diante da ocorrência das perdas gestacionais.

Ia, assim, ao passo em que se debruçava sobre relatos deste passado, circunscrevendo o quanto a relação atual e, aparentemente, “bem-sucedida”, lhe era muito cara. Todavia, o sentimento de segurança que Camila encontrava nela, parecia, de algum modo ainda não explicitado, ruir com a atual gestação. Comentando então, no curso da associação livre, sobre como o fato do marido já ser pai de uma criança lhe apaziguava da “preocupação de ter que lhe dar um filho”, Camila se viu confrontada a desdobrar o que, em sua realidade psíquica situava-se como questão central e principal motor da angústia naquele momento: a vergonha que sentia do seu histórico de perdas gestacionais, vivido como uma profunda ferida narcísica, e o receio de que o seu desvelamento a fizesse ser vista de modo diferente pelo homem que amava. “Tive medo do que ele ia pensar de mim. Tive vergonha de dizer que não fui capaz de gerar meus filhos”. Demonstrava, assim, o profundo temor de que, com a nova gravidez, a parte de sua história que rechaçava e acreditava lhe marcar imaginariamente em um lugar de menos-valia viesse à luz. E, por isso, buscava escondê-la, tal qual um estigma, como forma de evitar ter toda sua identidade definida por ela. Um receio que chegara a fazer-lhe optar por ficar sozinha em seu internamento, sequer recebendo visitas de seu parceiro, a fim de evitar o risco de que este viesse a descobrir na instituição acerca do seu histórico médico.

Camila evidenciava ter buscado lidar com a profunda dor que sentia enterrando uma história e, com ela, e uma parte de si de difícil reconhecimento. Embora não se equivocasse de todo ao antecipar que o olhar externo sobre seus abortos poderia não ser gentil, era gritante o quanto o temor acerca de como este poderia impactá-la vinha do receio de que o outro corroborasse com sua própria visão sobre si: a de alguém que falhava enquanto mulher – questão que viria a desdobrar ao longo do trabalho analítico. Diante de tudo que Camila apresentara em um primeiro encontro, a analista apostou em finalizar a sessão apontando para a dimensão de escolha que lhe restava, pondo também uma interrogação acerca de como gostaria de conduzir a vivência que não planejara, mas que viera, de algum modo ao seu encontro: “as informações são suas, o sigilo pode ser garantido. Mas resta saber o que você deseja fazer com elas”.

O encontro seguinte logo provou que a escuta analítica produziu efeitos. Em uma primeira observação, já se via Camila portando-se de modo distinto na interação com a equipe e no modo de receber a analista, sugerindo que havia conseguido encontrar algum contorno para a angústia

que antes lhe tomava de todo. Camila reconhecia também essa mudança de seu estado e a atribuía à possibilidade encontrada de, através da fala “tirar aquilo do seu peito”. Uma experiência que lhe fizera visualizar um caminho que, até então, lhe parecia inviável: “depois de dizer isso pra mim mesma, começo a achar possível dizer para meu marido”, contava. Algo que apenas vislumbrava de tal forma porque também estava apoiada em um desejo, que permitia-se, aos poucos, deslindar. Desejo este que perpassava pela vontade de livrar-se do peso deste segredo, mas que dizia respeito, sobretudo, à possibilidade de realizar o antigo sonho da maternidade junto ao parceiro. E diante da repetição de sua narrativa acerca do medo de não ser acolhida, podia ser interpelada pela analista, que a lembrava do ponto de sua história no qual paralisara em um lugar já insustentável e se arrependera pela mesma razão.

Construindo este caminho a partir da palavra, Camila também se autorizava a dizer o que apenas havia ficado nas entrelinhas no atendimento anterior. “Também preciso deixá-lo ciente do risco de que talvez eu não possa ter esse bebê”. O medo ao qual se referira, e com tanta frequência podia ser ouvido de mulheres com vivências anteriores de perdas gestacionais, era, afinal, também o de que tal desfecho se repetisse. E, ao reconhecê-lo, permitia-se avançar em suas elaborações e distingui-lo do seu protetivo esforço por convencer-se de que não mais desejava ser mãe. “Sabe, não é que eu não quisesse ou não queira mais ter filhos. Eu tentei me convencer disso porque passar por tudo de novo parecia impossível”. Expressando a dimensão da sua dor, Camila alegava não querer sentir-se daquela mesma maneira nunca mais: “Era como perder uma parte de mim que eu nem sabia que eu tinha. Mas que depois só sentia muita, muita falta”.

Mais aberta a acessar esses lutos, Camila, então, experimentava reconstruir suas narrativas sobre a história de cada uma de suas gestações, destacando, sobretudo a dimensão de real com a qual havia se confrontado a partir destas ocorrências. Lamentava nunca ter conhecido nenhum de seus filhos com vida, mas ter se deparado com cenas dos encontros com os fetos em circunstâncias “terríveis”, as quais ainda retornavam à sua memória com frequência. Reminiscências do traumático da perda e dos lutos interditados e vividos de modo isolado, em um cenário onde evitava expressar suas emoções na frente do marido, temendo sofrer alguma agressão, e, deprimida, inibia-se também diante da família, que se ocupava mais em reprovar suas gestações do que em acolher a sua dor: “Diziam pra quê inventar história se eu estava vendo que não estava dando certo. Foi muito duro de ouvir”.

Ao passo em que falava destes eventos sobre efeito da transferência, Camila também encontrava a possibilidade de ampliar as significações que tecia em torno dessas perdas “Hoje uma parte de mim se pergunta se, apesar de eu querer muito, essas crianças não vieram porque não seria bom pra elas nem pra mim. Eu ia ficar presa naquela relação. Elas mereciam um pai melhor”. A construção de uma narrativa sobre tais eventos, antes guardados de maneira solitária e sem os recursos da linguagem para lhe fazer borda, sinalizava também um possível deslizamento de sentidos para além da incapacidade, culpabilidade e da vergonha, significantes que se destacavam no seu primeiro discurso a respeito do que foi vivido. A analista, então, a perguntara se havia algo diferente sobre ter um filho do seu atual parceiro; uma questão frente a qual Camila se mostrou surpresa, como se, ao buscar respondê-la, inaugurasse uma possibilidade ainda não reconhecida.

Essa possibilidade de dar à atual vivência o status que lhe era próprio – uma situação nova, ainda que carregasse traços do que já fora vivido – parecia também tê-la encorajado a abrir-se acerca da sua história para seu companheiro, um ato de grande importância simbólica para Camila e para a construção de sua narrativa em torno da nova gravidez. O momento da revelação, contou posteriormente Camila à analista, foi emocionalmente exigente e carregado de embaraço de ambos os lados – especialmente por trazer um questionamento em torno da sua escolha inicial pelo segredo – mas teve um encaminhamento mais positivo do que o inicialmente esperado por ela. Afinal, as perdas não eram questão para o marido, eram para si.

A partir desse ponto, o que se pôde observar foi uma mudança entre o que compunha figura e fundo na realidade psíquica de Camila e um avanço no seu processo de apropriação da nova experiência gestacional. Mais do que reviver as dores do passado – que ainda retornavam e encontravam espaço para serem ouvidas nas sessões com a analista – Camila passava, portanto, a viver a atual gravidez. Reconhecia a qualidade da assistência então recebida, comparando-a com as condições precárias que lhe foram ofertadas nas gestações anteriores, e atravessara os temores acerca do que poderia ouvir da equipe médica. Passava a acompanhar, então, cada novidade do seu quadro clínico, comprometendo-se ao extremo com cada um dos cuidados propostos pela equipe de saúde, dizendo desejar “fazer tudo que pudesse para dar certo”.

Camila passou a compartilhar a impressão de que a situação da sua gravidez parecia mais promissora do que pensara inicialmente, embora seguisse sem garantias. Estava “se permitindo sonhar, mesmo sem saber se devia”, dizia. Indagava-se ainda se “devia se preparar” para a possibilidade de uma perda, sendo confrontada pela analista acerca de qual seria essa preparação

possível. Uma questão que respondia, sobretudo, dando a ver que, na disputa entre o medo e o desejo, o último, enfim, “levava a melhor”.

Ciente de que, na constituição subjetiva de uma criança, as antecipações simbólicas, enredadas neste desejo particularizado, cumprem um papel fundamental, a analista também buscava auxiliar Camila nessa sustentação procurando validar o exercício da sua maternagem ao indagá-la sobre a vivência já disponível de ser compartilhada com o filho em seu ventre. Algo que parecia ter um importante efeito subjetivo para Camila, que, entretanto, cada vez mais projetava um amanhã com seu bebê: “Tenho consciência de que ele pode vir antes do tempo, mas me pego pensando nele já crescido, brincando lá em casa”.

Essa confiança, validada pela equipe médica, compreendeu Camila, era reforçada, sobretudo, por uma sensação subjetiva dita “diferente”, que vinha acompanhada de um entendimento novo acerca de suas buscas anteriores pela maternidade. Ocupando-se de lembrar e trabalhar sobre o que, acreditava, a havia feito desejar a maternidade no seu passado, reconhecia o quanto estas determinações foram se modificando ao passo em que vivia cada experiência de perda. “Primeiro, pensava que precisava ser mãe porque queria ser levada a sério sobre estar criando a minha própria família. Depois eu comecei a querer uma criança pra ser minha companhia, pra me fazer sentir menos só. E no final eu só queria ser capaz de ter, só pensava que precisava conseguir”.

Ponderando sobre seus próprios ditos que, em certa maneira, a surpreendiam, concluía ter sido levada a abrir mão de muitas das idealizações que nutria naquela época, chegando a se indagar se a sua maior dor decorrente da vivência das perdas perinatais não havia sido exatamente essa. Era justamente por conseguir se relacionar, neste momento, com a nova gravidez de maneira mais livre deste imaginário e destas expectativas, que parecia encontrar mais espaço para alegrar-se com a gestação e permitir a circulação de um desejo particularizado: “Esse bebê eu não esperava e por isso sinto que ele pode vir independente de todos esses motivos que eu já tive. Eu não esperava mais realizar nenhum deles”.

Ao receber a alta hospitalar – notícia que corroborava com suas felizes impressões acerca do rumo que tomava a gravidez – Camila declarou interesse em continuar com o trabalho analítico, que teve seguimento a nível ambulatorial. Nesse momento, diante das distintas contingências trazidas pelo seu retorno à casa e à convivência doméstica, foram também se deflagrando novos olhares acerca das vivências que experimentava e atualizava. Uma das questões advindas deste

contexto foi a exacerbação de um mal-estar referente à estranheza percebida na relação com o marido.

Trabalhando analiticamente acerca da questão, que interpretava estar atrelada a uma insatisfação por parte do companheiro com a sua omissão inicial acerca do passado gestacional, Camila foi levada a aprofundar-se nas tramas que a faziam sentir-se tão imobilizada para compartilhar sua história. “Ele não sabe como é isso”, dizia, “uu me sentia menos mulher por isso, e não queria que ele me visse assim”. Flagrando esse amalgamento que Camila estabelecia entre ser mãe e mulher, já tangenciado antes a partir de seus dizeres em torno de suas razões iniciais para buscar a maternidade, a analista então a questionava e convidava, assim, a produzir acerca disso “Ser mãe é o que define alguém como mulher?”.

O caminho do trabalho analítico assim seguiu se delineando em torno desta questão basal, que revelava o quanto as perdas lhe causaram a experiência de uma espécie de “amputação identitária”. Provocada a seguir produzindo um saber sobre sua relação com “ser mulher”, Camila recapitulou o incômodo em ver sua mãe ser frequentemente silenciada pelo pai, revelando ver nela um modelo identificatório que rechaçava. Ao longo das sessões, discorreu também sobre sua saída desta casa como um ato, movido pelo desejo de tomar conta de “sua própria vida” e, sobretudo, de alcançar um novo status que, acreditava, um casamento e um filho, poderiam lhe promover.

Um movimento que logo se esbarrou com a quebra de suas idealizações, diante do cenário violento ao qual se viu submetida e da sensação de se ver subjugada pelo marido que, em suas palavras, agia como um “novo tutor”. Diante desta realidade, dizia “não conseguir me tornar mãe só confirmava tudo aquilo que eu já sentia. Tinha vergonha daquilo que pensei que era, mas nunca cheguei a ser”. Um olhar que permanecera cristalizado por um bom tempo, mas que já não era a única narrativa que tinha sobre si.

Para além do que pensara ser, havia o que pôde, a partir de então, fazer consigo e com sua vida. “Com o tempo consegui me desligar mais disso e dizer pra mim que era uma mulher batalhadora e independente”, dizia, colocando também nesta conta um olhar mais gentil acerca do modo como encarava a atual gravidez: “Acho que no fim das contas me permitir investir nesse bebê também foi um sinal de coragem”. E assim, sem uma aparente conexão, retornou a comentar sobre sua questão conjugal: “Em realidade não sei se ele está mais estranho, talvez eu que esteja esperando algo a mais dele”. “Algo a mais?” perguntou a analista. “É, mas acho que agora é comigo, né?”. A analista silenciou, deixando-a ouvir suas próprias palavras.

Um último encontro antes do nascimento do bebê ocorreu no mesmo dia de uma consulta de seu pré-natal na maternidade. Na situação, seu marido estava do lado de fora de um dos consultórios, esperando-a retornar de um exame. Ao cumprimentar a analista, mostrou-se entusiasmado com a perspectiva da chegada do bebê que, contou, também havia temido perder. Camila compareceu em seguida, comemorando ter alcançado as 35 semanas gestacionais: mais longe do que imaginara chegar. O filho, que ganhara um nome escolhido pelo casal, estava saudável e havia recebido uma data para seu nascimento, visto que Camila também havia desenvolvido um quadro de diabetes gestacional no período final da gravidez. Mas as informações médicas já pouco chegavam às consultas com a analista; Camila já não se sentia mais imobilizada pelo risco de uma nova perda.

Acompanhando a trajetória de Camila é possível afirmar que tal mudança se deu ao passo em que, avançando em seu trabalho analítico, a cadeia significativa na qual inseria a atual gravidez pôde ir se ampliando e complexificando. Um caminho por meio do qual foi encontrando e produzindo subsídios para pensar nos impasses da própria gestação e da sua identidade como mulher com mais recursos.

A construção do caso permite elucidar como a vivência da perda perinatal e, em especial, de perdas repetidas, pode ser, no extremo, experimentada subjetivamente por uma mulher como uma marca estigmatizante, cuja ocultação passa a entrar em questão em suas dinâmicas relacionais e, em especial, em suas relações afetivo-sexuais. Algo que, no caso de Camila, decorria do fato de fiar-se identitariamente a partir deste objeto. Não se pretende, aqui, naturalizar a concepção de que o filho seria o verdadeiro objeto fálico para uma mulher, mas sim reconhecer que, desprovidas de um objeto que o possa ser, a priori, tal qual encontram os homens no engodo do falo imaginário, as particularidades corporais e sociais, ainda que datadas, que ligam a mulher ao seu filho podem favorecer este arranjo de tal forma que a própria ideia de ser incapaz de gerar uma criança, independente da presença de um desejo singular, pode ser vivida como uma amputação identitária. Algo que, certamente, também sofre a influência das identificações previamente disponíveis, a serem buscadas ou rechaçadas, e das condições que o sujeito encontra pra tratar do luto decorrente da perda perinatal, que não comporta apenas a morte de um bebê, mas também a fissura das idealizações em torno da tão imaginarizada maternidade.

A sensibilidade e comprometimento de Camila em reconhecer as tramas que teciam sua trajetória na busca por tornar-se mãe puderam evidenciar também o quanto as coordenadas do

desejo pela maternidade podem ser modificadas e subvertidas a partir das vivências de perda. Uma clareza que, de fato, muitas vezes apenas poderá ser localizada em outro tempo lógico referente a esta experiência. Ao afirmar que, em suas últimas gestações apenas “queria ser capaz de ter, só pensava que precisava conseguir”, ela desnuda o quanto a provação narcísica pode acabar tomando o centro deste percurso; uma questão delicada ao se pensar, especialmente, que há outro sujeito porvir no meio deste circuito.

Permitindo-se ressignificar sua história e, em especial, este suposto amalgamento entre “ser mãe” e “ser mulher”, o semblante materno perde o destaque que detinha em sua subjetividade e, ainda que siga guardando importância, cede lugar às novas relações que vão sendo construídas ao longo da gravidez: não apenas com o bebê, cuja chegada tornava-se, a cada momento, mais plausível, ou com o marido, com quem precisou apostar em uma forma de laço que incluísse suas faltas, mas, principalmente, consigo mesma.

4.5. Corpo e o comparecimento do(s) gozo(s) na experiência gestacional

Rafaela interpelara a analista com um pedido de ajuda: precisava ser capaz de tomar uma importante decisão sobre qual caminho seguir com sua gestação. Uma escolha que iria determinar as experiências às quais se submeteria dali em diante, podendo implicar em distintos desfechos gestacionais. A sua preocupação, dizia, se intensificava por reconhecer, desde então, que sua escolha repercutiria “na forma de lidar com tudo isso no futuro”. Assim, nas entrelinhas dos seus ditos, sugeria que, mais do que um suporte para atravessar o sofrimento com o qual se esbarrava em seu atual momento, demandava da analista encontrar uma forma de assegurar-se de que poderia se recuperar das vivências que estava prestes a enfrentar.

Tendo, até então, vivido uma gestação tranquila do ponto de vista clínico, Rafaela descobrira, no dia anterior, que suas filhas gêmeas eram acometidas por uma síndrome chamada “transfusão feto fetal”³⁵. Antes mesmo de qualquer possibilidade de elaboração acerca do

³⁵ A chamada Síndrome de Transfusão Feto Fetal (STFF) é uma doença que afeta cerca de 15% das gestações Gemelares Monocoriônicas/Diamniótica, ou seja, onde a placenta é compartilhada entre os fetos. Essa condição ocorre devido a ligações anormais de vasos sanguíneos que se formam na placenta determinando uma transfusão irregular de sangue da placenta de um gêmeo (doador) para o outro (receptor). Esse desequilíbrio do suporte sanguíneo entre os fetos dá origem a diversas complicações cardiovasculares, hemodinâmicas, renais e neurológicas, podendo levar ao óbito (Campos, 2016).

diagnóstico, havia sido informada que a única medida possível para que as filhas tivessem chance de sobrevivência seria a realização de uma cirurgia intrauterina, apenas executada via SUS em outro Estado. Um procedimento que, ainda assim, guardava muito mais riscos do que chances de êxito. Ademais, a equipe médica a esclarecera que existiam dúvidas se o tempo esperado até o seu aceite e a transferência de unidade tornaria o procedimento viável no atual estado da sua gravidez, pois além do déficit de suprimento sanguíneo de uma das bebês, Rafaela também começara a perder líquido amniótico em um momento bastante prematuro.

Há poucos minutos antes do encontro com a analista, entretanto, acabara de ser assegurada de que a transferência para a outra unidade seria viável. Uma informação que a fazia sentir-se novamente com a grande responsabilidade dessa escolha em suas mãos.

Ao escutá-la construir sua narrativa acerca da situação na qual se encontrava, logo se formava a impressão de que Rafaela já estava inclinada a um desses caminhos, mas que havia um grande embaraço em validá-lo. Após algumas intervenções da analista nessa direção, Rafaela contou que, após a primeira abordagem médica, ela e seu companheiro conversaram e concluíram em permitir que a gestação seguisse seu curso sem intervenções. O que, dizia saber, resultaria no inevitável óbito das bebês, desfecho para o qual já começava a buscar, em suas palavras, “se organizar emocionalmente”.

Indagada pela analista sobre o que, até então, apresentava como uma “decisão compartilhada” e convocada a tratar acerca de como ela própria vinha elaborando essa possibilidade, buscando favorecer uma apropriação mais autoral daquela trajetória, Rafaela contou vir experimentando dores intensas nas últimas semanas, que pareciam, pela forma como as narrava, estar modificando a relação que construía com a gestação. Frente a este desconforto, que se seguiu à notícia sobre a grande chance de que as bebês fossem a óbito e, especialmente, desenvolvessem sequelas (lhe foi transmitida uma porcentagem de 90%), passou a desejar que “algo fosse feito logo para parar a sua dor” que não cessava com o uso de medicações – o que, em outras palavras, se traduzia em um apelo para que a gestação fosse interrompida, como uma forma de cessar seu sofrimento. Rafaela dizia, ainda, que a posição de uma das bebês “lhe doía”, dado que, embora encontrasse respaldo em uma explicação médica, chamava atenção pela forma como era traduzido por ela, que reforçava ser “muito difícil pensar de maneira racional” sentindo-se assim.

Sendo esta saída demandada por ela dita inviável pela equipe médica³⁶ pelo fato de a gravidez não estar representando para ela nenhum risco iminente, à Rafaela era dada apenas a escolha de submeter-se ou não à cirurgia intraútero. Uma decisão frente a qual, diante da ausência de um protocolo único preestabelecido, como ocorre na maior parte dos casos, era interpelada a se posicionar e a assumir para si seus riscos e benefícios. A essa demanda, entretanto, apenas conseguia responder por meio do apelo por não sentir mais dor – o qual, curiosamente, não era valorizado pelos/pelas profissionais que cuidavam de seu organismo nos diálogos com a paciente e nem mesmo a partir da mediação da analista. Apostava-se, no entanto, que ela ainda poderia ser melhor escutada nos atendimentos analíticos; afinal, era também esperado que dores de ordens distintas a tomassem naquele momento.

Convidada a falar a este respeito, assim como sobre a história de sua gestação, Rafaela passou a tratar dos desconfortos que permearam a sua experiência de gravidez, frente aos quais – dava-se conta diante da intervenção analítica – não havia tomado decisões, senão buscado adaptar-se. A gravidez, afinal, havia sido recebida por ela como uma “surpresa”, seguida da notícia de que se tratavam de gêmeas. Uma experiência especialmente disruptiva ao se considerar que jamais havia se imaginado como mãe. “Minhas amigas já sabiam, eu dizia que queria ser tia e só”.

Afirmou que, a partir do apoio recebido pelo namorado e pela sua família, tinha “realmente se proposto a abraçar a ideia”, começando a visualizar uma vida que incluísse a maternidade como diferente, mas também feliz. Porém, diante da intensificação dos mal-estares e dos obstáculos encontrados para o próprio nascimento saudável das filhas, assim como frente ao estranhamento experimentado por ela ao responder sobre as circunstâncias dessa gravidez, como o breve tempo de relacionamento com o parceiro, algo da realidade subjetiva com a qual se confrontara logo ao descobrir a gestação também retornava.

Esse reconhecimento, facilitado pela possibilidade de construir uma narrativa acerca da experiência que a levava até ali na cena analítica, favoreceu com que Rafaela pudesse se abrir acerca da decisão que esboçava. No fundo, dizia, não via sentido, naquele momento, fazer esforços para além dos que acreditava dar conta emocionalmente em prol de uma maternidade que se encontrava atravessada por tantos riscos, especialmente, destacava, o de que as filhas nascessem com sequelas.

³⁶ O direito brasileiro autoriza o procedimento de interrupção legal da gestação apenas em três casos, previstos no artigo 128 do Código Penal: quando não há outro meio de salvar a vida da gestante; se a gravidez for resultante de estupro; ou se o feto sofre comprovadamente de anencefalia ou condição à ela análoga.

Mas junto ao desconforto que sentira ao confrontar-se novamente com a dissonância entre a sua atual situação e os planos que nutria para sua vida, entre os quais citava o investimento em sua carreira, as viagens que sonhava em fazer, e, sobretudo, a liberdade da qual desejava usufruir, também sofria ao reconhecer que estes contrastavam com os ideais sociais acerca do que se espera de uma mulher e das experiências com a maternidade.

Demonstrava, portanto, que não estava imune a estas leituras, fato que implicava fortemente na sua insegurança e desautorização ante a própria decisão quanto ao curso da gravidez e, talvez, refletia a analista, na própria resistência que apresentara anteriormente em refletir sobre a maternidade como um caminho para si. Rafaela temia que sua escolha não fosse “bem vista”, pois, relatava, compartilhando os efeitos do que absorvia do laço social, “o que se pensa é que uma mãe deve tentar ir até as últimas consequências”. Diante do seu dito, a analista realizou uma intervenção, buscando validar a existência da maneira própria de Rafaela viver a maternidade: “Humm, o que se pensa? Mas agora que você é uma, o que acha que deve fazer?”.

A intervenção pareceu reverberar e, em um novo encontro, Rafaela já havia decidido sustentar sua escolha frente ao marido e à equipe. Chegara a começar a preencher os papéis para a transferência de unidade, contou, mas recuou, refletindo acerca do que havia tratado e assumindo que um passo como o que ensaiou dar precisaria da sustentação de um desejo que não se expressava deste modo para ela.

Uma vez sentindo-se mais liberada da pressão por decidir acerca do caminho que iria tomar, ainda que diante de uma situação a se desenrolar de modo incerto do ponto de vista clínico, pôde-se perceber uma mudança na forma como Rafaela se apresentava, que denotava, também, uma reconfiguração de sua realidade psíquica. No centro da cena se colocava, então, uma espécie de luto antecipatório pela perda das filhas que, conforme ia se esclarecendo, ainda tinham sido pouco subjetivadas por ela até aquele momento. Este fato, entretanto, não eximia Rafaela de concretizar que o encontro com um “afeto diferente”, que idealizou viver após o nascimento das filhas, não iria mais ocorrer conforme o esperado. Um afeto que, contara, começou a experimentar no momento no qual as bebês passaram a se mexer em sua barriga, mas que fora minguando ao passo em que estes estímulos iam também se ausentando, em consequência do quadro de sofrimento fetal.

Ouvindo a narrativa de Rafaela, se fazia claro para a analista o quanto a experiência de corpo ocupava uma posição central na sua vivência com a maternidade. Embora este seja um aspecto que costuma atravessar, em alguma medida, as diferentes experiências gestacionais, ele

parecia estar especialmente destacado para a jovem; talvez, justamente, por sua gravidez ter sido menos recoberta de antecipações simbólicas, fazendo com que a vivência da corporeidade fosse tratada como um elemento tão definidor por si só, desprovido da multiplicidade de significações que poderia favorecer a construção de uma relação que a ultrapassasse. A experiência de intensa dor no corpo que, dissera, “parecia lhe tirar o foco”, e o fato do significante “sofrimento fetal” logo tê-la capturado, atrelado por ela ao seu imaginário de que as filhas sentiam uma dor corporal, corroboravam para essa leitura e reforçavam a importância do convite, já feito à ela, de falar acerca destas sensações que experimentava.

Neste momento de seu acompanhamento, entretanto, ao falar sobre a dor que temia ser vivida pelas filhas e indagada acerca de seu modo de lidar com esta modalidade de sofrimento, Rafaela passou a desdobrar acerca de uma outra cena, a partir da qual pôde reconhecer a esquivo da dor, em seus múltiplos sentidos, como um padrão que a acompanhava na vida; um modo de funcionamento subjetivo. “Mas eu sei que sempre quero as coisas no meu tempo. Confesso que, na realidade, costumo desistir quando as coisas estão difíceis”, dizia. Correlacionava este *modus operandi* também ao fato de nunca ter vivido relações muito longas. Julgava, inclusive, o relacionamento com o atual namorado como “curto” para ter um filho, apesar de ser este o mais duradouro e consistente que até então vivera. Uma constatação importante também para se olhar o fato de outra perspectiva, apontado pela analista como “algo novo” que também se processava em meio às repetições.

Ter de consentir com a impossibilidade de dar um fim ou recuar do sofrimento que se instaurava em seu momento presente, submetida a uma temporalidade dos fatos atrelados à gravidez que ultrapassava a sua vontade, portanto, representava um contraponto à maneira com a qual Rafaela usualmente transitava pela vida. A presença viva em si das filhas de quem já sabia ter que se despedir, a levava, assim, a ter de lidar com uma série de ambivalências que precisariam ser minimamente elaboradas e buscar encontrar uma saída para além da sua tendência defensiva, uma vez que também não desejava simplesmente desertar daquela relação. Parte delas se expressava na questão que antecipava, referente ao medo de não querer mais ser mãe em seu futuro devido à dureza da experiência atual – uma preocupação que parecia deslocada para alguém que reafirmava há tanto ter clareza de que não queria ter filhos e que indicava que algo naquela vivência a tocava para além do que, naquele momento, podia ser compreendido.

Acolhida, mas convidada a deter-se acerca do que podia fazer em seu momento presente – uma vez intuído que a demanda que apresentava tratava-se de um deslocamento – a analista a interpelou acerca de como gostaria de passar os momentos que ainda compartilhava com as filhas. Rafaela, a princípio, demonstrava que o desconforto e o embaraço que a tomavam – não apenas pelas dores físicas que experimentava, mas pela exigência superegóica atrelada ao medo de “estar sendo “uma mãe ruim” ou de “não ser compreendida” – a impediam de viver de um outro modo aquela relação, com a qual dizia ter se desconectado.

Ao reconhecer, após intervenção da analista, que o receio de não ser compreendida era direcionado, principalmente, às filhas, a profissional apostou em sugerir à Rafaela que experimentasse se dirigir às meninas, traduzindo para elas algo do que estava vivendo em sua realidade psíquica e que acreditava ser importante que soubessem. “Acho que você irá saber o quê” sinalizou, apostando na importância simbólica que tal ato poderia carregar para ambas as partes, bem como na função que este apontamento poderia ter para validar a ocupação da posição materna por Rafaela.

Mas, no dia seguinte, antes mesmo que outras questões pudessem se desdobrar, Rafaela entrou em trabalho de parto, dando à luz às bebês, que permaneceram com vida por apenas alguns minutos após o nascimento. Ao encontro com a analista, ocorrido após este evento, Rafaela apresentou-se diferente, se mostrando aliviada, sobretudo, pela sensação que alegara ter experimentado no momento do nascimento das filhas: por ter se sentido “em paz para recebê-las”. A este modo de vivenciar o processo que se sucedeu, atribuiu grande importância à possibilidade de ter falado sobre o que vivia com a analista e, sobretudo, com as bebês, enquanto ainda estavam em seu ventre. “Consegui explicar como estava me sentindo e porque desejava que este parto acontecesse logo”, contou, enfatizando também ter se permitido dizer “o quanto não queria que sofressem e como estava tentando cuidar delas”. Foi ao autorizar-se a colocar o que vivia em palavras e endereçá-las às filhas que Rafaela pôde alcançar uma conexão com as mesmas, conexão essa que, segundo ela, há tempos não sentia. Um fato endossado ainda pela sequência temporal, seguida pelo rompimento da bolsa amniótica, lido por Rafaela como uma “resposta” das meninas de que “elas a entendiam”.

Rafaela seguiu tratando desse encontro até a sua alta hospitalar, trazendo um relato permeado, sobretudo, de afeto. Ainda que a dor também aparecesse no discurso, dessa vez como a experiência da dor do parto, Rafaela usava o espaço analítico, sobretudo, para relembrar do contato

com as meninas, apontando suas características e o quanto acreditava que aquela experiência a tinha “marcado”. Naquele momento, a vivência era, conforme dizia “mais de amor do que de dor” – ainda que referisse saber que só seria capaz de “processar mesmo tudo que aconteceu com o tempo”. E, de fato, embora algumas questões parecessem ter, com o nascimento das filhas e com o “desfecho” da situação, se apaziguado ou reorganizado internamente Rafaela, que se mostrava pacificada em relação à sua própria participação no enredo que se sucedera, havia um luto a ser vivido que não poderia de todo ser antecipado. Frente a este entendimento e diante de sua perspectiva breve de alta hospitalar, lançou-se a oferta de que o trabalho pudesse ser continuado, a nível ambulatorial, em um momento posterior.

Cerca de um mês e meio depois, após, em suas palavras, “ter fugido pelo tempo necessário”, que Rafaela compareceu ao ambulatório bastante angustiada. Dizia estar surpresa e confusa pois acreditava que, pelo fato de ter “aceitado bem a partida das meninas” e se “despedido delas”, a tendência fosse que sentisse menos dor pelo ocorrido a cada dia. Considerava já ter passado “muito tempo” e que, ao contrário do que esperava ocorrer, se pegava sentindo mais falta delas e mobilizada pela perda. “Como posso sentir falta de algo que antes nem existia? Que eu nem queria? Como é que eu sinto tão forte como se, agora, faltasse algo na minha vida assim?”, se questionava, relatando também, ao listar situações nas quais se via trazendo a projeção das filhas para sua atual realidade, a vivência de uma “presença na ausência”, típica dos processos de luto.

Além da dor trazida pela falta das meninas, Rafaela foi delineando o incômodo que sentira ao experimentar sentimentos intensamente ambivalentes frente ao comentário de pessoas próximas sobre a sua possibilidade ser mãe novamente. Estranhava como, sequer tendo clareza se “queria ser mãe de novo”, se esbarrava também com “pensamentos insistentes”, que não havia compartilhado até então, acerca dessa possibilidade. Pensamentos, segundo ela, “muito difíceis de entender”, e que vinham atravessados “tanto de medo quanto de uma vontade quase incontrolável de engravidar logo”, chegando a lhe causar o temor de que isso ocorresse ao se relacionar sexualmente com o companheiro, apresentando momentânea aversão ao ato.

Ao constatar o quanto Rafaela mostrava-se assustada frente a esta reação, que considerava inesperada para a situação em que se encontrava, a analista apostava na importância de remetê-la, novamente, à temporalidade da elaboração do luto, que demandaria um trabalho cuja duração era difícil de prever – uma dificuldade já apontada por Rafaela anteriormente que, então, era sublinhada pela analista enquanto um caminho necessário a se percorrer.

“Não falar”, “esquecer”, “fugir” foram significantes utilizados por Rafaela em momento anterior para tratar de si diante das adversidades da vida. A urgência por uma nova gravidez, contraditória às concepções que sustentava até então, iria nessa direção, como uma tentativa de se descomprometer da realização de um efetivo trabalho de luto? Ou viria do reconhecimento de algo que fosse, de fato, da ordem do desejo na experiência então vivida, mesmo que fora dos planos?

Ainda que as coordenadas não se fizessem claras, o que se delineava é que a maternidade, ainda que a partir da perda, passava a lhe fazer questão. A indagação de Rafaela acerca do “medo de não querer ser mãe”, assim, fazia eco à capciosa desconfiança compartilhada por Freud a respeito das negativas de suas pacientes. Uma mulher jovem, branca e de classe média, que se mostrava fortemente atravessada por discursos sobre liberdade, autonomia e independência, havia visto sua existência mudar o centro de gravidade e, afinal, se surpreendia ao perceber a maneira como esta experiência com a maternidade a havia tocado profundamente. Medo de não desejar ser mãe ou medo de desejar ser mãe? Questões que, não à toa, se confundem e cuja resposta apenas poderia vir a ser construída por Rafaela.

O caso de Rafaela foi construído em torno do que se produziu de seu breve encontro com o espaço de escuta analítico, no qual, apesar do tempo curto, importantes intervenções e elaborações puderam ser realizadas, favorecendo que ela pudesse se posicionar frente às contingências que, intempestivamente, se apresentavam em um momento crucial de sua gestação. O caso parte da narrativa de uma jovem que alegava jamais ter desejado tornar-se mãe, mas que passa a confrontar-se com intensas ambivalências quando a realidade de uma gestação começa ser sentida de maneira mais concreta.

Esse trabalho de escuta e elaboração pôde evidenciar o quanto a dimensão da corporeidade ocupou lugar central no curso da sua vivência gestacional. Afinal, foi a partir dos efeitos psíquicos derivados da experiência de encontro com um outro, o bebê, no próprio corpo – que perpassam pelo confronto com seus limites e possibilidades, através das vivências de dor, gozo e júbilo – que a jovem foi tecendo o seu laço com as filhas e a construção de si como mãe. Em outras palavras, é ao passo em que aquilo que experimenta no registro corporal incita a demanda por um bordejamento simbólico e imaginário que Rafaela se lança à realização de um trabalho psíquico, amparado pela escuta analítica, que vem a possibilitar a construção subjetiva de um lugar para a gravidez e as filhas gestadas. Processo que, conforme se evidencia, não se dá dissociado do que absorve do discurso e dos significantes médicos e da suposição de saber que direciona à equipe.

O caso de Rafaela permite elucidar, também, por meio das construções realizadas pela paciente a partir do confronto com uma difícil decisão sobre o curso de sua gravidez, o quanto as expectativas sociais sobre a maternidade incidem sobre as mulheres, ainda hoje, de modo fortemente idealizado – de um lado, promovendo a culpabilidade ou demanda de esforços intensos àquelas que tentam a elas se conformar e, de outro, inibindo tantas outras que refutam as responsabilidades e padrões inequívocos atribuídos à figura da mãe de sequer se questionarem sobre o desejo de gerar e criar um filho.

A narrativa revela nuances de uma subjetividade marcada por atributos ditos bastante contemporâneos, como o desejo por soluções rápidas e a fragilidade dos laços, os quais contrastam fortemente com o compromisso suposto ao exercício da maternidade (Rosa, 2020). Não à toa, acompanha-se a surpresa da jovem diante da persistência e intensidade do seu processo de luto pela perda das filhas e a dita “falta de algo que antes não existia”. É justamente o que vai se desvelando neste percurso que possibilita a reflexão a respeito da potência da experiência gestacional, a qual sugere o acesso a algo que pode ser “apenas experimentado”, remetendo à presença de um gozo de outra ordem, para além do fálico e intimamente ligado à experiência corporal (Lacan, 1971/2009). Por fim, aponta para os caminhos sinuosos pelos quais o desejo encontra vias de se expressar e para o quanto a maternidade tem também o caráter de uma construção.

5. Os novos encontros com a maternidade

5.1. Os lutos e seus destinos nas perdas perinatais

A partir da análise dos casos clínicos, foi possível ratificar o quanto certos elementos já apontados como complicadores do processo de luto na literatura revisitada neste trabalho (Dunker, 2023; Iaconelli, 2007; Freire & Chatelard, 2009), de fato, fizeram-se presentes na experiência destas mulheres e impactaram, em alguma medida, na forma como puderam trabalhar subjetivamente sobre suas perdas. Embora a clínica demonstre que nem sempre a ocorrência de perdas gere efeitos significativos na subjetividade das mulheres que as vivenciam, os casos apresentados demonstram, seja por meio das narrativas acerca dos dolorosos processos de luto ou pelo retorno de questões relativas à perda no curso das novas gestações, como as características do objeto perdido e circunstâncias que dão contorno à perda podem interferir neste processo.

Especialmente ao comparar a experiência de Celina, mulher que dividiu mais momentos com a filha após seu nascimento, com a das demais participantes deste estudo, vítimas de perdas gestacionais, foi possível verificar que a ausência ou mesmo a interdição do acesso a certos elementos concretos referentes ao objeto perdido, como o próprio corpo do bebê, tornou a efetivação de algumas etapas do trabalho do luto mais desafiadora para estas mulheres. Em especial, o teste de realidade, de grande importância para a própria concretização da perda, e o processo de reconstituição simbólica do objeto perdido, atrelado ao superinvestimento das memórias compartilhadas.

Vimos, por exemplo, que no caso de Bruna, a negação do valor simbólico de sua experiência de perda, inicialmente narrada por ela como uma ocorrência sem maiores implicações subjetivas e que não disparou um trabalho de luto, parece ter sido, de fato, facilitada pela ausência de elementos que favorecessem o reconhecimento do que foi perdido com os óbitos gestacionais. Um processo apenas instaurado após a repetição destes eventos ser acompanhada de uma mudança nas contingências em torno da despedida do bebê, seguida da formulação de um sintoma e do encontro com a cena analítica.

Esse escasso acesso a dados sobre a experiência com o objeto perdido, muitas vezes restrita às projeções maternas, somado à ocorrência de uma identificação intensificada pela correspondência corporal que acontece durante a gestação entre mãe e bebê, demonstrou guardar

uma forte relação com a dificuldade destas mulheres em reconhecerem seus filhos enquanto objetos externos. Um cenário que colaborou para que elas pelejassem para avançar na elaboração dessa separação entre o eu e o outro, entre a mãe que resiste e o filho que parte, e, conseqüentemente, no próprio desenvolvimento do trabalho do luto, vivenciado, então, de modo extremamente narcísico, ou mesmo, como apontam Freire e Chatelard (2009) melancólico.

Afinal, em todos os casos, embora com variações de intensidade e dimensão, pôde-se perceber que a morte destes filhos, a partir momento em que passou a ser reconhecida e subjetivada, foi vivenciada como a ocorrência – ou o desvelamento – de uma perda na própria pessoa do sujeito enlutado, conforme já abordado anteriormente. Tal cenário também se mostrou facilmente associado à grande dificuldade destas mulheres em se descolar da culpa e menos valia típicas dessa identificação melancólica; posições estas sustentadas com certa rigidez e que, como se fez bem representado pelos casos clínicos, modificam a economia psíquica e a disponibilidade da libido para o movimento desejante, conforme será mais profundamente explorado na próxima sessão.

No caso de Thainá, essa dimensão da “perda no próprio eu” fica especialmente evidente pelo modo como expressa um estranhamento quanto ao seu senso de identidade, a partir de uma marcante mudança operada na sua relação com a própria corporeidade. Uma vez que a impossibilidade de concluir com sucesso o objetivo reprodutivo foi subjetivada como uma falha no funcionamento de seu corpo, como ocorre com frequência na clínica com esse público, esta passou a lhe desvelar a existência de uma desarmonia, até então recoberta pela ilusão narcísica, remontada no estádio do espelho, acerca da experiência de unidade e integridade do corpo e do eu, tão dependente deste contorno imaginário e simbólico (Lacan, (1949/1998).

Neste sentido, cabe lembrar que, conforme traz Coppus (2013) a partir de uma leitura da obra lacaniana, essa sensação de falha ou fragmentação está ligada ao comparecimento da angústia, que tende a surgir justamente quando algo do interior do corpo se apresenta como estranho, como exterior, ao sujeito.

Outro aspecto de grande importância que pôde ser analisado a partir dos casos clínicos foi a recorrência com a qual a dimensão da perda ocorrida no período perinatal foi negada ou reconhecida precariamente e seu significativo impacto nas possibilidades de elaboração do sujeito enlutado. O que se evidenciou até mesmo no caso de Celina, que, ainda tendo vivido uma história com sua filha após o nascimento, distintamente das demais mulheres deste estudo, não deixou de ser confrontada, por parte de seu laço social, com certa invalidação do valor e da particularidade

do objeto perdido. Isso pôde ser ilustrado através da sua narrativa acerca de familiares que insistiam em tratar a bebê que então gestava pelo nome da filha morta e pela pressão por maior celeridade para vivência do seu luto, o que fica evidente também no contraste entre as reações desta mulher e de seu marido e filho na ocasião da descoberta de uma nova gravidez, ocorrida em um tempo no qual ela ainda se sentia indisponível para investir em outros objetos.

Os impactos desse cenário no processo de elaboração da perda por Celina, que se evidenciaram de modo ainda mais pungente nos casos de perdas gestacionais, demonstram que o reconhecimento de importantes elementos referentes ao objeto perdido e a relação com ele estabelecida, mesmo em um contexto no qual estes poderiam ser identificados com uma maior facilidade, pode acabar por ser dificultado pelas obstruções na dimensão pública deste trabalho de luto. Uma dimensão que, se perdeu força na cultura atual, como traz Allouch (2004), – gerando importantes repercussões no modo como essas perdas, cada vez mais privadas de significantes referidos ao campo do outro para circular o furo no real, podem ser vividas – segue ainda mais denegada em se tratando de mortes como as ocorridas ainda no período perinatal, tomadas como de menor valor (Casellatto, 2005; Dunker, 2023).

Tudo isso pode parecer bastante paradoxal ao refletirmos sobre a persistência do valor discursivamente atribuído ao feto ainda no útero no Brasil, muitas vezes mais considerado que a própria mulher que o gesta, ainda que frente a esforços para uma ampliação desta reflexão por um viés menos atrelado à uma suposta moral cristã. Através da análise do caso, é possível afirmar que foi justamente a obstrução da possibilidade de dar uma dimensão pública ao seu luto e de, assim, expressar-se acerca do que sentia, debruçando-se sobre a dor desta perda, que impediu uma maior evolução do trabalho de luto de Celina, apenas autorizado a ser vivido em sua plenitude a partir do momento no qual, confrontada com os riscos presentes em uma nova gestação, aceita ocupar-se disso no espaço de escuta ofertado pela analista.

Tendo esse contexto de invalidação simbólica da experiência em vista, a inexistência de um nome próprio para uma mãe que perde um filho não pode ser considerada mera coincidência ou deixar de ser considerada em termos de suas repercussões subjetivas. Afinal, diferentemente de “órfãs” e “viúvas”, estas mulheres cujos filhos morreram precocemente não podem tomar um significante que inclua a perda na forma como nomeiam sua experiência de maternidade e, frequentemente, precisam passar por um trabalho subjetivo significativo até ser possível concluir a que lugar se autoproclamarão após a morte dos bebês. A experiência clínica, corroborada pela

ausência deste repertório na narrativa das mulheres que participaram deste estudo, mostra que, para muitas, parece ser extremamente difícil se reconhecerem e nomearem como mães uma vez que seus bebês não estão mais presentes. De modo semelhante, cabe apontar, sequer parecer ser possível a muitas delas utilizar do significante “filha/o” para nomear o que perderam. Falam da perda de bebês, seja porque estes não chegaram a ocupar um lugar particularizado na sua subjetividade, seja porque desautorizam-se a tal, muitas vezes, inclusive, culpabilizadas pelo desfecho gestacional.

A perda perinatal vivida nesse contexto pode, assim, ser experimentada como uma espécie de “amputação identitária” ao passo em que, frequentemente, faz com que as mulheres se desautorizem a ocupar a chamada “posição parental” e, portanto, deixem de gozar também de seus desdobramentos. Circunstância cuja importância foi apontada por Camila, ao relatar que as questões que inicialmente a moviam a buscar a maternidade eram, inclusive, mais fortemente ligadas à posição que desejava ocupar no laço social a partir dela do que à própria relação com o bebê.

Nesse sentido, cabe dizer que, embora a experiência com a criança após seu nascimento não seja condição garantida ou indispensável para que se aceda a este lugar subjetivo, visto que a descoberta da gravidez pode exercer função simbólica suficiente para que a mulher que gesta tome o filho esperado como ponto de ancoragem para uma reorganização subjetiva – ou seja, seja capaz de ocupar o que chamamos de posição parental (Garrafa, 2020) – sua sustentação pode ser extremamente desafiadora quando o laço social, na ausência deste “objeto filho”, costumeiramente invalida essa nomeação e essa forma de reconhecimento. Algo que, também foi possível analisar, pode operar grande diferença no trabalho de elaboração da perda, facilitado por se fazer possível reconhecer “de onde” chorar seu luto – como vimos ocorrer com Celina, por exemplo, que não viu esta posição ser abalada após a morte de sua bebê, especialmente porque já se apropriara dela desde o nascimento de seu filho mais velho.

Pode-se concluir, portanto, a partir destas nuances apresentadas através dos casos clínicos, que, por mais doloroso que possa ser o trabalho de elaboração da perda perinatal, ele se torna mais factível ao passo que um sujeito sabe de onde pode lamentar esta despedida e encontra elementos simbólicos para trabalhar sobre o que perdeu. Isso implica também na possibilidade de que um futuro projeto de maternidade reserve, de fato, espaço para que algo novo surja com um novo bebê,

não ficando ele, ou mesmo uma futura gestação, apenas referidos a uma vivência tomada como interrompida.

5.2. Como circulam a angústia e o desejo nos (re)encontros com a maternidade?

Conforme visto anteriormente, a perda de um ente querido por morte pode colocar o sujeito enlutado confrontado com o real, de modo que o trabalho de significação até então realizado para fazer borda a este impossível – que inclui, em uma tentativa de apalavrá-lo, a finitude e vulnerabilidade próprias à condição humana – tende a não mais dar conta, do mesmo modo, dessa suplência. Assim, a mulher que engravida novamente após uma perda, tal qual ficou bastante evidenciado nos casos clínicos, pode-se dizer, está mais “experencialmente advertida” de que o curso deste projeto não está garantido e suscetível às implicações singulares que o desvelamento desta condição de indeterminação pode trazer para sua subjetividade. Desse modo, algo tende a se transformar na maneira como significam a maternidade e vivenciam as novas gestações.

É certo que mecanismos protetivos e mesmo uma certa negação desta constatação podem se fazer presentes, e, inclusive, mobilizar boa parcela da economia libidinal de uma mulher no curso de uma nova gravidez. Entretanto, os efeitos psíquicos derivados da experiência de ruptura de um projeto de maternidade, que, em uma primeira aproximação, costumam se expressar como medo da repetição e insegurança quanto ao curso da nova gravidez, em algum ponto acabam por se desvelar através dos seus discursos ou, no limite, por meio da apresentação de sinais e de sintomas, muitas vezes categorizados como “ansiosos”.

Não é raro se escutar de mulheres nestas circunstâncias sobre dificuldades no sono, mal-estares físicos bastante inespecíficos, muitas vezes sem explicações de etiologia biológica, e a descrição de um estado psíquico e também fisiológico de alerta, frente ao qual pequenos sinais corporais ou mesmo externos à mulher, relativos, por exemplo, a condutas da equipe, podem ser interpretados como indicativos de um agravamento do quadro ou uma má notícia. O que, em outras palavras, pode ser traduzido como uma espécie de atualização da experiência anterior. Cenário complexo, não apenas pelo sofrimento que este tensionamento psíquico pode trazer para um sujeito, mas, também, pelas suas possíveis implicações no somático, visto que pelo reconhecido atrelamento dessas instâncias, nas circunstâncias particulares de uma gestação, há ainda um risco

de que a própria condição clínica e, conseqüentemente, a saúde da mulher e do bebê sofram repercussões negativas deste processo. Por essas mesmas razões, cabe dizer, é bastante comum que a rede de apoio e mesmo profissionais de saúde incorram à tentativa de suprimir tais expressões, seja por meio de um esforço de convencimento sobre a importância do controle emocional, justificado pela ideia de que “o que a mãe sente é passado para o bebê” e baseado em uma leitura estritamente racionalizante do processo por ela vivido, seja pelo recurso às medicações psiquiátricas, muitas vezes precipitado, em um esforço por abrandar os afetos sem antes haver a chance de se trabalhar com eles.

Uma breve análise das vivências descritas a partir dos casos trabalhados neste estudo, referendada também pela experiência clínica acumulada, permite afirmar que todas elas, em maior ou menor grau, são marcadas por encontros e passagens de um afeto mobilizador que impele, mais do que qualquer outro, o sujeito a buscar lhe dar um destino: a angústia.

A angústia é definida por Freud em 1926 (1996) como uma reação à uma ameaça de perda. Segundo o autor, a possibilidade de perder um objeto fálico, valioso para o sujeito – tal qual o bebê, nos casos clínicos aqui apresentados – o levaria a experimentar este afeto ao passo em que o remeteria ao encontro com a própria castração e a remontagem do traumático do sexual e da saída edípica. Deste modo, o desprazer experimentado seria um indicativo da ressurgência deste incidente e do que dele não foi elaborado (1893/1976).

Em um segundo momento, o autor irá apontar a angústia como uma das forças motrizes para a formação do recalque, uma espécie de sinal que indicaria a necessidade do sujeito se proteger da iminência da castração. Em suas palavras “a angústia, por conseguinte, é, por um lado, uma expectativa de um trauma e, por outro, uma repetição dele em forma atenuada” (Freud, 1926-1925/1996, pp. 161-162)”. É possível dizer, portanto, que para Freud existem duas faces da angústia: uma que surge como reação a um trauma ou à sua viva lembrança, e outra reproduzida depois, diante de uma situação lida como perigosa para sua subjetividade. Frente a este afeto, irá acrescentar, é bastante provável que o sujeito recue de modo defensivo, podendo formar sintomas ou uma inibição, manifestações frente às quais a angústia possui uma interessante mobilidade.

Sendo assim, se faz possível afirmar que o encontro com a angústia, tal qual tratado por Freud, caracteriza bem um aspecto central acerca das vivências subjetivas de mulheres como as que protagonizam este estudo, as quais, em algum ponto de suas novas gestações, viram-se interpeladas pelas reminiscências do potencial traumático da experiência de perda perinatal

anterior, muitas vezes vindo a reeditar essa cena em seu presente a despeito de haver dados objetivos que a corroborassem – ou seja, guiadas, fundamentalmente, pela dinâmica de suas realidades psíquicas, constituída a partir das marcas deixadas pelo que já foi vivido.

É possível afirmar, portanto, que esta percepção de estar diante de um risco iminente pode se justificar pelo próprio desvelamento da vulnerabilidade imposto pela vivência passada, especialmente quando esta é pouco elaborada por um trabalho psíquico de luto, ou ser facilitada por alguns eventos que podem ter o efeito de disparadores desta dinâmica, semelhante a uma espécie de luto antecipatório. Isso ocorre, por exemplo nos casos de Camila, Celina e Thainá a partir da indicação de internamento, de intercorrências físicas e da proximidade de algumas contingências que adquiriram, para elas, o estatuto de marcos simbólicos. A este respeito é interessante apontar que, embora, por vezes, estes marcos se estabeleçam a partir da influência do dizer médico e dos seus indicadores de viabilidade fetal³⁷, o que se apresenta mais marcadamente na experiência clínica é a força e o valor significativo daqueles que se constituem a partir de contingências relativas à perda perinatal na subjetividade da mulher que gesta, por exemplo a semana gestacional em que se deu o óbito ou nascimento prematuro de seus filhos ou os sintomas físicos que renunciaram tal desfecho.

A partir da leitura dos casos, pôde-se verificar que, ao mesmo tempo em que uma aproximação destes marcos costumava lhes causar angústia, como se estivessem, mais do que nunca, frente à iminência de uma nova perda, uma vez constatado que estes foram atravessados, as mulheres em questão puderam, com mais facilidade, confirmar estarem vivendo algo novo e, a partir disso, assumir uma nova posição frente à gestação e a nova vida que geravam.

Vale acrescentar que outras experiências corporais também podem estar fortemente ligadas ao comparecimento da angústia durante o ciclo gravídico-puerperal. Não é incomum observar, por exemplo, que mulheres vivenciem um estranhamento em relação ao próprio corpo durante a gravidez, considerando os efeitos que esse outro com quem se faz um – o bebê crescendo em seu útero – vai promovendo na constituição da unidade corporal ao longo da gravidez (Iaconelli, 2023). Mas, partindo das observações acerca deste cenário em particular, podemos apostar no quanto este modo de vivenciar a gestação se intensifica após um histórico de perda, pois ao passo em que essa

³⁷ Indicadores de viabilidade fetal são parâmetros empregados para avaliar o estado de saúde e o desenvolvimento do feto durante o período gestacional. Esses indicadores são cruciais para monitorar capacidade do feto de sobreviver e se desenvolver dentro do útero materno. Entre eles podemos destacar, a título de exemplo, idade gestacional, movimentos fetais e perfil biofísico.

reverbera em certa fissura na fantasia em torno da corporeidade, conforme apontado anteriormente, estas sensações tendem a aparecer sem o apoio de um recobrimento imaginário eficiente.

Este é o cenário que, para Lacan, levaria à verdadeira experiência de angústia. Para o autor, diferentemente de Freud, a angústia teria seu surgimento atrelado a um encontro com o chamado objeto a (Lacan, 1962-1963/2005). Este, entendido como "...alguma coisinha do sujeito que se destaca embora ainda sendo bem dele, que ele segura" (p. 66), é o objeto que, no processo de constituição do neurótico enquanto sujeito desejante, é extraído da realidade e localizado no Real (Lacan, 1956-57/1995), guardando, portanto, um caráter de extimidade; um estranho familiar, por se tratar daquilo que, embora se saiba conhecido, não pode ser recoberto pelo simbólico.

Justamente por sinalizar essa aproximação com o real, Lacan (1962-63/2005) define a angústia como o afeto que não engana. A partir dessa leitura, tem-se, então, que a angústia surgiria não só pela ausência, como apontava Freud, mas também pela presença, nas circunstâncias em que um objeto surge fazendo faces de "a", vindo a ocupar o lugar do objeto faltoso do desejo (Lacan, 1962-63/2005). Para Lacan, a angústia pode surgir, portanto, como resposta à ameaça do sujeito ver-se ocupando este lugar para um outro, a partir de uma espécie de assujeitamento que, cabe lembrar, parece ser facilmente remetida, no contexto de cuidado à saúde que compõe esse estudo, pela posição de "paciente" – esta que, tal qual seu nome sugere, costuma ser atrelada a certa expectativa de passividade, especialmente na relação com quem conduz seus cuidados e que, supostamente, detém um saber. Mas cabe considerar que, tal qual ocorre no caso de Thainá, quando em um extremo, a partir das experiências de adoecimento e outras manifestações que evidenciavam o quanto seu corpo situava-se para além de qualquer controle do eu, este mesmo corpo pode ser percebido como um estranho e, quiçá, como o próprio outro que o assujeita e subjuga (Moretto, 2019).

Ainda é possível extrair da produção lacaniana outras possibilidades de leitura acerca dos fenômenos ocorridos nestes novos encontros com a maternidade por mulheres que vivenciaram perdas, especialmente no que tange aos modos possíveis de resposta à angústia. Nos casos aqui apresentados, pudemos conferir desde a produção de sintomas físicos e uma inibição, ilustrada, no caso de Thainá, pela aparente deserção de seu desejo em um primeiro encontro com marcadores de risco, até atuações, que tomaram a cena na experiência de Bruna. Em seu Seminário X, Lacan (1962-1963/2005) elaborou um esquema justamente com o objetivo de nomear e dispor essas modulações do afeto em uma espécie de gradação, utilizando-se da construção de um sistema de

coordenadas cartesianas no qual um eixo representa “movimento” e o outro a “dificuldade”. Nele, localizou a angústia propriamente dita no ponto máximo de ambas e no extremo oposto da inibição, ou seja, como manifestação do auge da dificuldade subjetiva, por ele relacionada à proximidade do gozo, mas também da possibilidade de mobilidade, de produzir algo a partir deste afeto.

Figura 1

Esquema da angústia de Lacan



Fonte: Lacan, 1962/2004, p. 22 (adaptado por Calazans, 2015)

Nesse contexto, é interessante destacar que, entre essas manifestações, Lacan elege uma, o embaraço, para fazer uma alusão ao termo “embarazada” que nomeia a condição da mulher grávida na língua espanhola. Para Lacan (1962-1963/2005), esta trata-se de uma posição na qual o sujeito (S) está revestido da barra (\$), que seria aquilo no qual o sujeito procura se “escorar” quando “já não sabe o que fazer de si mesmo” (p. 20). A partir disso, é possível compreender que, para o autor, o embaraço se apresenta como uma manifestação do máximo da dificuldade, associada à marcante presença de um gozo e o mínimo do movimento. Para ele, esta seria uma condição na qual o sujeito encontra-se apagado justamente por estar esmagado por seu próprio gozo, ou seja, pelo peso do objeto a. Tomando por referência tal associação de Lacan, talvez seja possível elaborar que as mulheres sobre as quais se trata nesse trabalho comumente apresentam-se embaraçadas frente à busca frustrada pela maternidade, diante da qual recorrentemente não conseguem movimentar o

desejo em outras direções, presas em um gozo referido a este circuito e a este objeto específico que referem almejar.

Além disso, embora nem toda gravidez tenha o mesmo efeito em toda mulher, é válido refletir sobre o papel que pode desempenhar certo gozo experimentado na gestação neste enredamento. Um gozo que, sobretudo, passa pelo corpo e que, ao relançá-las a um retorno ao mais profundo narcisismo, ao mesmo tempo que pode lhes dar prazer, minora também a sua capacidade de desejar e responder, ainda que provisoriamente, para além deste circuito. Cenário bastante estereotípico de pacientes gestantes que se mostram resistentes a um trabalho analítico, e que, ao contrário do que indica boa parte da literatura produzida acerca do ciclo gravídico-puerperal, pouco evidenciam a presença de processos inconscientes ou qualquer conflito psíquico, parecendo inebriadas pela vivência da gravidez. Uma realidade que, na minha experiência clínica, se mostrou muito mais frequente entre aquelas que nunca experimentaram importantes intercorrências durante este período.

O reconhecimento deste contexto particular, no qual se faz tão comum a censura às primeiras reações de alegria e otimismo que despontam no curso da gravidez, aliado a outros elementos da escuta clínica e observação destas mulheres no curso destas novas gestações, permite afirmar que estas, frequentemente, se percebem em uma espécie de corda bamba, frente a qual tentam equilibrar-se entre o desejo e investimento na atual gravidez e uma tentativa de se protegerem do sofrimento que, imaginam, se desdobraria no caso uma nova perda – esta geralmente lida, ao menos inicialmente, como uma repetição.

A análise destes aspectos que costumam compor as novas experiências gestacionais ou mesmo o vislumbre de uma nova busca pela maternidade, portanto, demonstra que a experiência anterior de perda, cedo ou tarde, tende a se apresentar na realidade psíquica de uma mulher com esse histórico, especialmente em se tratando de perdas subjetivamente significativas, acabando por trazer, ao advir nessa nova cena, uma demanda de trabalho: tal qual dito por Celina, a de separar as histórias. Para tanto, se faz necessário um trabalho de (re)elaboração pela morte de tudo que a perda anterior representou para estes sujeitos, o qual, pode-se concluir a partir da análise destes casos, será tão mais dispendioso em dependência do quanto estes sujeitos tenham podido se comprometer com o trabalho desses lutos na circunstância em que viveram as perdas. E, de fato, conforme pudemos conferir na sessão anterior, as narrativas das mulheres que participaram deste

estudo evidenciaram o quanto se esbarraram com diversos dificultadores para caminhar na direção da elaboração de seus lutos.

Ainda que algo sobre a relação com esse objeto perdido e com a maternidade tenda a se remontar e reconfigurar a partir das novas vivências gestacionais, estes casos clínicos puderam ilustrar como a impossibilidade de se avançar na elaboração do luto, especialmente em relação a alguns dos seus “passos lógicos” relativos à possibilidade de reconhecimento e validação do que se perdeu, implica na forma como uma nova gravidez pode ser, ao menos inicialmente, subjetivada. Principalmente, no que tange aos desafios na construção de um lugar próprio para a criança então gerada no curso dessa gestação e aos sentidos e significados que passam a ser atribuídos aos novos projetos de maternidade.

A análise dos casos também reitera, entre outros aspectos, o quanto a perda perinatal, facilmente vivida de maneira narcísica, também se associa a uma maior dificuldade do sujeito em se descolar da culpa e menos valia típicas dessa identificação melancólica. Para Quinet (2002), o sentimento de culpa comparece quando a falta é transformada pelo sujeito em uma falta moral, interpelada por um imperativo superegótico que a toma como um sinal da impotência. Nesse sentido, e levando em conta a recorrência com a qual este sentimento é referido por mulheres que vivenciam perdas perinatais, é justo reconhecer o quanto o discurso social vigente a respeito da maternidade, o discurso maternalista, para fazer referência ao argumento de Iaconelli (2023), contribui para a fabricação de um Ideal de Eu que se mostre tão algoz em sua função de Supereu diante da falta exposta no caminho da maternidade – cabendo o adendo de que suas modulações e a intensidade com que opera também podem sofrer as influências de marcadores de raça e classe e das construções imaginárias acerca destas maternidades, conforme será mais extensamente abordado em uma sessão posterior.

Essa forma de se subjetivar a perda perinatal tende a ser agravada no contexto contemporâneo, no qual o discurso da ciência difunde a crença de que haveria controles e garantias para o funcionamento do corpo, de modo que, quando algo foge a essa suposta “regra”, muito rapidamente a responsabilização costuma ser levada para a paciente. Algo que ocorre com especial ênfase em se tratando de questões relativas ao ciclo gravídico-puerperal (Iaconelli, 2023).

Este último argumento, é possível afirmar, se sustenta a partir de uma revisão crítica da própria história da ginecologia no Brasil, conforme empreendida pela socióloga Fabíola Rohden (2000), que defende o quanto os discursos deste campo do conhecimento foram

predominantemente construídos por homens que deixaram transparecer suas visões morais e de mundo na construção do que seria seu pensamento científico. Segundo Rohden, isso se evidencia pela forma como certas práticas, como a cirurgia de retirada de ovários, foram adotadas e banidas ao longo do tempo, sempre atrelando a feminilidade à prática reprodutiva e chegando a ser justificadas, de modo explícito, por um interesse na manutenção dos papéis sociais e da família³⁸. Um aspecto que, cabe apontar, transparece também na forma como foram atribuídas as nomenclaturas dos diagnósticos ginecológicos e obstétricos – como “incompetência istmocervical”, por exemplo – cujos possíveis desdobramentos subjetivos do seu efeito significativo para uma mulher foram elucidados pelos casos analisados neste estudo.

Retornando ao argumento central aqui apresentado, vemos, portanto, que, como nos lembra Iaconelli, “gestar e parir nos aproxima da fantasia de ‘brincar de Deus’” (2023, p.49). Mas, tal fantasia onipotente de produzir vidas tem como efeito o risco de cair no oposto. Afinal, se outrora se interpelava à divindade para se explicar o imponderável da vida, hoje, o discurso da ciência predomina e produz efeitos mesmo naqueles que supostamente não estão a ele tão aderidos. Considerando as concepções culturais ainda vigentes acerca das mulheres e da feminilidade, é fácil compreender como essa leitura gera uma grande confusão entre o que é a da ordem da impotência e da impossibilidade.

Considerando estes argumentos, se faz possível desdobrar deles a compreensão de que o encontro com uma nova gestação a partir desta posição subjetiva pode fazer com que ela seja vivida e significada como uma arriscada oportunidade de refutar ou comprovar a identificação a este lugar da falta, frequentemente imaginizado como um defeito ou uma falha enquanto mulher. Por vezes, em ocasiões nas quais a ocorrência de uma perda perinatal se repete, esta passa, inclusive, a se configurar como a principal motivação para se empreender uma nova gravidez. É o que conta Camila, ao rememorar um momento do seu passado no qual, após ver-se diversas vezes frustrada em seu plano de tornar-se mãe e destituída de expectativas e idealizações que foram se quebrando a cada nova perda, passou a se reconhecer, sobretudo, guiada pela vontade de provar que “consequia” ter um filho.

³⁸ Rohden encontrou no material analisado em sua pesquisa com teses produzidas pela medicina entre 1833 e 1940 trechos que afirmavam que a retirada dos ovários “privaria a mulher de sua verdadeira essência e do cumprimento do seu destino enquanto mãe e líder moral na sociedade” (p. 186), argumento sustentado a partir da ideia de que haveria então uma exacerbação de caracteres masculinos, diminuição do desejo sexual e esterilização que poderia desembocar no que era tratado como o principal problema: ameaçar o casamento e a divisão sexual do trabalho, considerados “pilares da sociedade”.

A dimensão narcísica dessa busca, presente, de modo geral, em todas as gestações desejadas, pode adquirir tal centralidade que o interesse no bebê real se torna distante e o sentido dado à busca pela maternidade se esvazia à uma espécie de reparação egóica. De acordo com Alkolombre (2021) ao citar Aulagnier (1994), isso significa dizer que o desejo de gestação (“desejo de embarazo”) – entendido como este no qual o filho é tomado imaginariamente como um “objeto satélite” da mãe, capaz de restaurar a unidade narcisista perdida – pode se sobrepor ao próprio desejo de filho.

Além disso, o escamoteamento da falta – cujo reconhecimento também guarda grande importância para a viabilização do trabalho do luto – também parece se relacionar, nestes casos, com uma espécie de alienação do desejo, frente a qual ter um filho se expressa como uma demanda imperiosa. É o que podemos observar no caso Bruna. Vimos que a jovem, tendo iniciado seu trabalho analítico, apresentava relatos sobre suas gestações anteriores de modo bastante indistinto, sinalizando, ainda, uma distância do trabalho de significação em torno da perda necessário ao desenrolar do processo de luto. Demonstrava grande dificuldade em particularizar estas vivências, seja no tempo e espaço, atrapalhando-se ao tentar ordenar os fatos vividos, seja quanto às características destes bebês, não nomeados ou velados, como se compusessem uma grande e homogênea experiência de perda. Mais do que qualquer dizer sobre esses bebês, que, em suas palavras, “não vingaram”, e que pareciam ter permanecido ainda pouco subjetivados mesmo em sua função objetal, Bruna repetia, entretanto, que resistia a vontade de ser mãe, pois para ela “ser mãe era tudo”.

Em nome desse objetivo, Bruna empreendera gestações sucessivas, muitas vezes sequer respeitando o tempo de pausa indicado pela equipe médica como necessário para a recuperação do seu organismo e impondo-se a um risco que se negava a calcular. Este “desrespeito” ao tempo, como foi se esclarecendo, referia-se, sobretudo, à resistência ao tempo/espaço lógico de elaboração ou mesmo de subjetivação das perdas por ela vividas; um mecanismo psíquico que também se expressava, em outras esferas de sua vida, na constante evitação de ficar sozinha ou permitir-se um “tempo livre” – em outras palavras, confrontar-se com o vazio da própria falta.

Diante desta posição subjetiva e da recusa inicial ao espaço analítico, assim como de outras possibilidades de trabalhar sobre a experiência de perda por via simbólica mais direta, mediada pela palavra, podemos interpretar que o que Bruna fez foi seguir, por um bom tempo, apenas atuando. É certo que nem toda insistência em um novo projeto de gravidez após a perda deverá ser

interpretada dessa forma. No entanto, o modo como a experiência de Bruna se processava, especialmente no que tange à sua resistência em recordar e entrar em contato com o impacto do que foi vivido, sugere que o ato vinha, também, como uma tentativa de elaboração. Afinal, Freud (1914/1996) já advertia que, "quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação substituirá o recordar" (p. 166). A partir do novo que surge do "de novo", algo da criação também pode se manifestar, introduzindo uma nova oportunidade de elaboração.

Mas cabe também apontar que, muitas vezes, a busca desenfreada por uma nova gestação acaba por ser endossada pelo próprio discurso médico, que, atrelado à lógica do mestre, também se ocupa de excluir a falta do seu território. Respaldados pelas "melhores intenções", é frequente que profissionais abordem as pacientes sobre a possibilidade de uma nova gravidez enquanto estas ainda recebem os primeiros cuidados após a perda perinatal. É certo que informações como a da causalidade de um óbito, um diagnóstico que o justifique (quando é possível de definir), ou sobre tratamentos que estas mulheres possam realizar para que mantenham aberta a possibilidade de gestar são de grande relevância e podem servir de base para a elaboração do ocorrido e uma tomada de decisão sobre se reafirmar ou não uma busca pela maternidade.

Entretanto, esses dizeres, quando não conseguem incluir, minimamente, uma menção à importância particular do que foi vivido, podem endereçar a mensagem de que a medicina dispõe da solução para a dor então vivida por meio da substituição do que foi perdido, e que, portanto, não há por que debruçar-se sobre ela, abreviando um tempo de compreender que é essencial. A oferta de um tratamento dada sem considerar minimamente o estado psíquico de uma mulher, que não prescindiria de uma certa escuta, fornece um modo supostamente pragmático de se enfrentar a perda, que, se a ele se reduz, obstrui a disponibilidade de uma mulher e de uma família para a realização do trabalho do luto. Um olhar mais integral sobre a mulher na posição de "paciente" reforça a importância do trabalho da psicanálise nesse contexto, mas que terá efeitos isolados se este aspecto de sua vivência não puder ser incluído para além de uma "interconsulta" de especialidade.

Retornando ao cerne da questão aqui colocada, é correto concluir, portanto, que o lugar atribuído por uma mulher a um filho gestado, especialmente após a vivência de uma perda, está diretamente ligado ao modo como ela lida (e é levada a se relacionar, nestas circunstâncias) com sua própria falta e, conseqüentemente, das suas condições de liberar ou não o objeto filho – a

depender também do valor simbólico e imaginário que ele pode representar para ela – da função primordial de obturá-la.

Esta falta, que é estruturante de todo sujeito a partir de sua entrada na linguagem, guarda algumas particularidades para as mulheres e, segundo Lacan, uma “maior intimidade” com o campo da feminilidade. Isso é dito pois, como já visto na retomada do Édipo, os sujeitos identificados enquanto mulheres não gozam do mesmo amparo identitário que a presença do falo imaginário parece conceder aos homens. Embora seja um engodo, ele pode exercer a função subjetiva atrelada a uma maior estabilidade na percepção sobre o próprio eu. Não à toa, a ameaça da perda do falo é motivo da mais intensa angústia para ele e marca a entrada no terceiro tempo do Édipo, com a renúncia ao primeiro objeto amoroso. Para as meninas, ou aqueles sujeitos que não se estruturam a partir desta presença, Freud atribui, então, uma outra motivação: o que parece ser o medo da perda do falo, ou, em outros termos, do encontro com a falta, em verdade, se deve ao receio da perda do amor; deste lugar de valor para o outro que, até então, lhe era atribuído.

À medida em que Lacan atribui ao falo o estatuto de significante, ele passa a apresentar a leitura de que o que falta à mulher é um significante próprio que a defina e, portanto, confira também a estabilidade identitária de um homem. Esta ausência, que justifica a aproximação teórica entre a feminilidade e a falta, ao mesmo tempo em que a coloca mais próxima ao real e ao acesso a um outro gozo, não a retira de um universo regulado pela lógica fálica. Ou seja, ela é, igualmente, enredada na busca por objetos para gozar; especialmente aqueles que, ao passo em que também favoreçam uma identificação com sua posição sexuada, ou seja, enquanto mulher, também a auxiliem na construção desta significação própria. Para as mulheres, portanto, esses objetos podem ter um valor para a própria construção da identidade, ou melhor dizendo, de um semblante que sirva para se colocar no discurso e para se apresentar ao outro, enquanto também oculta e protege aquilo que lhe é próprio, mas não sabe e não pode nomear.

Isso é interessante de apontar pois, ainda que a perda de um objeto possa ser desorganizadora para o senso de identidade de qualquer sujeito (Oliveira, 2017), é possível supor que para aqueles que se situam do lado feminino da sexuação, a perda de um objeto que lhe exerça essa função pode ser ainda mais devastadora. É nesse sentido, para além do apontamento freudiano sobre as saídas para a feminilidade³⁹, que se apostará na importância que um “objeto filho” e a

³⁹ Mais especificamente à “saída pela maternidade”, a partir da qual o autor apostava que o filho poderia ser tomado como objeto valorado em uma metafórica equação edípica.

maternidade poderá guardar, em acréscimo, para uma mulher: o de lhe permitir fazer uso do que aqui chamaremos de “semblante materno”.

De fato, a escuta de mulheres que se tornam mães sugere que assumir e fazer uso desse semblante pode guardar grande importância para a sua subjetividade. O semblante, de acordo com Lacan (1971/2009) é algo cujo objetivo é o de velar o vazio presentificado no real do corpo e que aponta para a castração. O semblante articula, portanto, a dimensão simbólica, que nos permite entrar no discurso e fazer laço, e a dimensão inominável de nossa existência. Como vimos anteriormente, à proporção que a maternidade é valorizada socialmente e, ainda, concebida no laço social em forte associação com o que é supostamente “feminino”, situar-se no discurso a partir dela parece constituir também uma forma de buscar fazer suplência a essa falta no campo da linguagem – algo tão perseguido por parte das mulheres deste estudo. Esta noção de “semblante de mãe”, cabe ainda apontar, se aproxima do conceito de Garrafa (2020) de “posição parental”, que remete, justamente, ao ato de tomar para si o significante “mãe” (ou “pai”) e apresentar-se a partir dele, sustentando seus desdobramentos; entre eles, essencialmente, uma reorganização existencial que toma a criança como ponto de ancoragem, a despeito da inclusão de uma prática de cuidados ou mesmo do exercício da função materna na constituição dessa relação.

É importante sinalizar, portanto, que a morte de um bebê pode – ainda que não se defina plenamente por esse desfecho – implicar, para uma mulher, na perda da posição materna e tudo que está a ela agregado, compondo, como já indicado, mais um luto a ser elaborado que diz respeito à própria construção da identidade e concepção do eu. Aspecto que compreendemos como importante via para o trabalho analítico nestas circunstâncias. Entre os casos clínicos, pudemos conferir o quanto poder se colocar e reconhecer a partir da posição materna facilitou não apenas o processo de elaboração da perda como também abrandou o imperativo egóico tantas vezes atrelado a uma nova busca gestacional.

É possível conferir, portanto, que, Bruna, Camila, Thainá e Celina se colocam aderidas, em intensidades distintas, à essa busca por uma identificação fálica, bem como ao engodo que guarda o semblante. Mas, enquanto Celina, embora angustiada com os limites impostos pelo próprio corpo, parecia um tanto mais pacificada de uma identificação com essa falta, as outras três mulheres revelaram em suas falas que a busca pela maternidade era também a busca por um lugar idealizado, que guardava, nas entrelinhas, a promessa de não mais remetê-las a esse encontro com o vazio. Bruna fugindo da solidão e Camila da falta de reconhecimento. Acreditavam, em maior ou menor

grau, que acederiam a uma distinta posição ao se tornarem mães: em suas palavras, “adultas”, “donas das próprias casas e famílias”, “donas da própria vida”. Talvez pudessem ser mais explícitas e dizerem o que parecia estar em seu imaginário: mulheres de verdade. Cabe lembrar que é justamente o medo de ser vista como “menos mulher” que Camila demonstra nutrir ao ver-se confrontada com a importância de compartilhar sua história obstétrica com seu companheiro – algo que se atrela, também, ao receio da perda de amor.

Vimos, portanto, que as perdas perinatais não seguem sem efeito para o modo como uma mulher passa a significar a maternidade. A frustração do projeto parental, especialmente quando seu luto não pode ser elaborado, muitas vezes faz com que aquilo que a movia nessa busca se transforme ou, ao menos, seja temporariamente ofuscado por uma nova determinação mais fortemente relacionada à demanda fálica pelo filho e pela posição que, com o óbito do bebê, lhe foi destituída, buscando uma identificação que não seja com essa falta através de uma nova gravidez ou até do rechaço a um novo encontro com a maternidade.

Mas também é certo – e central para esse trabalho – entender que as novas contingências não apenas são afetadas pela forma como as perdas foram inicialmente subjetivadas, mas, também, pela experiência concreta com a maternidade vivenciada, mesmo que apenas durante o período gestacional. Em outras palavras, assumimos, a partir da leitura dos casos, especialmente o de Rafaela, que algo do que é provado durante a gravidez e/ou na relação com os bebês, antes experencialmente desconhecido, também pode produzir afetações na dinâmica pulsional e no circuito do desejo de uma mulher, reverberando em uma nova relação com esse projeto.

As características próprias da experiência de Rafaela e a intensidade trazida em sua narrativa posterior a esta passagem, nos leva, inclusive, à hipótese de que nela houve um importante comparecimento de um gozo para além do fálico, e que guarda uma forte dimensão da experiência corporal. Um gozo que costuma ser abordado, em se tratando da maternidade, apenas por um viés obscuro e negativo, mas que aqui buscamos, de certo modo, positivar, apontando que a aproximação com esse real que não tem nome e que permeia a gestação pode, também, ser a marca de um gozo que abre novos caminhos para um reposicionamento subjetivo ante a maternidade e que se enreda no que pode haver de intangível na vinculação entre uma mulher e seu filho.

6. O trabalho analítico e as possibilidades de reposicionamento subjetivo face à maternidade

Ao longo deste estudo, verificamos como novos encontros com a maternidade podem ser facilmente permeados por angústia na experiência de mulheres com histórico de perda perinatal, sendo seu comparecimento frequentemente atrelado ao temor da repetição da dolorosa experiência de perda ou à atualização dos afetos a ela associados.

Foi visto também o quanto as diferentes maneiras de lidar com as manifestações da angústia acabaram por demarcar, de modo radical, a trajetória de cada mulher, e, quiçá, de seus bebês, no desenvolvimento de uma nova etapa de suas vidas. Afinal, sem a possibilidade de bordejar o real que este afeto sinaliza, o sujeito pode ir a ato, como ocorre no caso Bruna, em seu acometimento sem cálculo, a sucessivas gestações, ou mesmo retraindo-se em uma inibição, conforme situamos em passagens de outros casos clínicos.

Entretanto, conforme endossado pelas mudanças que se operaram no percurso destas mulheres a partir da oferta do trabalho analítico, é correto afirmar que o sujeito que se encontra frente à angústia pode, ademais, vir a fazer uso dela como um importante motor para seu processo de elaboração e reposicionamento subjetivo. Afinal, este afeto também se apresenta como uma espécie de condição de possibilidade para a mobilidade subjetiva, podendo e devendo, dentro de uma perspectiva da ética do cuidado, ser direcionada para um trabalho de elaboração, acompanhado da devida atenção às aparições do desejo, por mais furtivas e desvanecidas que sejam. Um desejo que, tantas vezes oprimido pelas circunstâncias ilustradas nos casos clínicos, e que comumente permeia as novas vivências de maternidade de mulheres com histórico de perdas, precisou ser flagrado pela analista, em uma aposta de que este residia, mesmo que tímido, na escolha destas mulheres por permanecerem na unidade hospitalar ainda que desacompanhadas de maiores garantias acerca do desfecho gestacional.

Foi possível conferir como estas condições de trabalho foram de suma importância para permitir que, da posição de “embaraçadas”, estas mulheres encontrassem condições para, apesar da barra, alcançarem maior espaço de movimentação e, em alguns dos casos, que conseguissem deslizar e mesmo condescender ao desejo. Portanto, a oferta da escuta visando o trabalho analítico faz a aposta na possibilidade de que não se ceda à ameaça de destituição subjetiva representada pela angústia e que esta seja atravessada para dela se produzir algo mais, porventura, algo novo.

Mas, se faz necessário apontar que a escuta analítica, neste contexto, adquire uma importância ainda maior uma vez que uma nova gestação após a vivência de uma perda perinatal, como já vimos, tende a atualizar aspectos vividos na experiência anterior, especialmente aqueles que não foram devidamente elaborados. Afinal, para que o trabalho de luto possa se suceder, é necessário um percurso que envolve, primeiramente, admitir a perda para se seguir em uma espécie de pesquisa, de trabalho de rememoração e elaboração, até se descobrir o que foi que se perdeu com ela. Algo que, como verificamos nos casos, parece especialmente difícil de ser respondido, frente às poucas referências deste objeto em uma realidade para além da fantasia que caracteriza os casos de perdas perinatais.

O retorno à cena de conteúdos relativos ao traumático da morte perinatal e ao objeto perdido, assim, acaba por configurar uma importante oportunidade de trabalho. Esta, especialmente necessária, ao passo que, quando a libido permanece obstruída pelas demandas psíquicas trazidas por uma perda, ou pelas reverberações do real que atravessam esse sujeito que rejeita a tarefa ou peleja para simbolizá-la, torna-se dificultado, ou mesmo perigoso, investir em outros objetos, especialmente quando tal investimento envolve sustentar as demandas trazidas por uma gestação.

Nesse sentido, cabe também apontar que, mesmo quando o sujeito enlutado consegue encontrar via para realizar esse trabalho de elaboração do luto, a despeito dos seus comuns obstáculos, os casos mostraram como a aproximação da chegada de um novo filho, ou mesmo o planejamento de uma nova gravidez, pode demandar a re-acomodação dos arranjos simbólicos e imaginários até então estabelecidos acerca deste outro bebê e da experiência passada; seja para que se possa dar lugar ao novo que surge e se integra a uma cadeia familiar, seja para dar uma resposta atualizada acerca do que, de fato, se tratou aquela perda. Afinal, uma pergunta que fica implícita em grande parte dos casos e que não costuma poder ser respondida logo após a perda é: “com morte perinatal perdi um bebê ou a chance de viver a maternidade?”. E o que pode significar para cada sujeito cada uma destas perdas?

Ao se encontrar novamente, neste contexto, com tais questões, animadas pelos afetos relativos a esta experiência de reedição, o sujeito, ainda que diante de dificuldades e sofrimento, encontra uma possibilidade diferenciada e amplificada pela presença da analista não só de buscar dar palavra ao real e ao traumático que insiste, como também de facilitar que o trabalho de luto adquira a dignidade e a potencialidade que lhe compete. Afinal, uma perda significativa frequentemente mobiliza uma espécie de revisão de lutos passados e mesmo os originários, o que,

em última instância, remete à uma oportunidade de re-elaboração da relação de um sujeito com sua própria falta.

A tentativa de favorecer que este trabalho profundo acontecesse, entretanto, encontrou, ainda, empecilhos de uma outra ordem. Afinal, o próprio percurso desenvolvido por estas mulheres no espaço analítico evidenciou o quanto o fato da maternidade seguir extremamente imaginarizada no ideário da cultura ressoa como um obstáculo para a subjetivação destas vivências de perda perinatal e uma construção mais singular e própria em torno do tema, ao menos em um primeiro momento. A título de exemplificação temos que “um sonho”, “tudo”, “uma realização” foram alguns dos significantes escolhidos pelas mulheres que participaram deste trabalho para buscar traduzir o que, para elas, significava a maternidade. Mas, para além de qualquer característica generalizante, o que chamou especial atenção acerca deles foi a resistência que as mulheres em questão apresentaram em promover qualquer deslizamento destes significantes ou promover a ampliação dos discursos sobre o tema, que se sustentavam a despeito dos esforços da analista para lhes fazer furo. Um dado que sugere o quanto a temática pode ser tão fortemente imaginarizada quanto investida – e, por essa mesma razão, trazer consequências tão devastadoras quando confrontada com um real que contrasta radicalmente com estas construções.

Todavia, faz-se importante reconhecer que, se para muitas mulheres que decidem experimentar a maternidade estas “respostas”, sentidos e significados formulados a respeito do seu desejo pareçam bastar, a ruptura deste projeto, em especial a partir da radicalidade da vivência de uma perda perinatal, tende, quer se deseje ou não, a produzir efeitos nas acomodações até então vigentes e tensionamentos nas cadeias significantes sobre a maternidade. Como vimos, ainda que as transformações decorridas desta experiência mantenham-se, frequentemente, em uma dimensão inconsciente, a possibilidade de elaboração favorecida pela oferta da escuta analítica, com o devido manejos das resistências e questões transferenciais que possam surgir, pode facilitar o reconhecimento das novas motivações que passam a impelir uma mulher nessa busca e também um trabalho em torno da trama simbólica situada por trás dos significantes até então angariados e a sua possibilidade de singularização. Assim, o valor do recobrimento imaginário trazido pela maternidade pode ser colocado em questão e problematizado, amparado pelo trabalho analítico, mas também reconhecido para melhor se compreender a vivência de uma mulher nesse contexto e suas possibilidades de reconstruir uma relação com a maternidade para além de um jogo no qual só sairá fálica, vencedora, se conseguir gerar um filho saudável.

É neste sentido que podemos apontar um outro aspecto cuja importância foi identificada neste percurso de trabalho clínico e de análise dos casos: o reconhecimento e validação da vivência compartilhada entre a pessoa gestante e o bebê, mesmo antes do seu nascimento. Ao longo do estudo, vimos que esta pode ser extremamente facilitada, tanto pelo testemunho da construção de uma narrativa sobre a experiência de gravidez que resultou em uma perda, como pelo reconhecimento e validação do que se processa concreta e subjetivamente na nova gestação, facilitando que lhe seja atribuído um valor simbólico. Intervenções que, embora, de certo modo, não sejam exclusivas à analista – pois tudo que diz respeito à significação do valor da relação com o ser que ainda é gestado sofre forte influência do que o entorno social oferece a esta mulher – devem se manter no seu horizonte, pois podem ser essenciais para permitir que a mulher, uma vez já existindo um vínculo significativo com o ser que gesta, antecipe, em seus filhos, sua condição de sujeito e se permitam assumir a posição parental. Esta última de grande importância, como vimos, tanto para a relação futura com o bebê quanto para a possibilidade de melhor elaborar sua perda o fazendo a partir do lugar de mãe, caso assim transcorra.

Esta dimensão da experiência, cabe ainda ressaltar, passa profundamente pela corporeidade, pelas sensações no corpo e o gozo que o habita, e também pode implicar fortemente, a depender de suas reverberações, nas (re)formulações do desejo de uma mulher pela maternidade e por novas experiências gestacionais; aspecto que, embora relevante, com frequência fica ofuscado pela vivência da perda, mas que, com o devido trabalho de elaboração, também pode adquirir o estatuto que lhe compete e amplificar a significação desta história prévia para muito além do seu desfecho.

Sendo assim, a título de conclusão, é possível alegar que o trabalho psicanalítico, uma vez oportunizado, pode ser de grande valia para uma mulher que se vê confrontada com o que repercute dos novos encontros com a maternidade após a perda, tais como as demandas de (re)elaboração do luto pelo objeto perdido, a revisão das coordenadas do desejo e a produção de novas significações para a maternidade. Nesse sentido, arriscamos afirmar que a perda, a partir do momento que dolorosamente destrói expectativas, também confronta o sujeito enlutado com um espaço novo para a (re)criação daquilo que outrora foi desejado, possibilitando a construção de um modo mais particularizado de se vivenciar a maternidade a partir do que se extrai das próprias experiências e menos referido aos ideais prontos e cristalizados que permeiam o universo social. Algo possível apenas diante da existência de um desejo que, afinal, não deve ser perdido de vista da cena analítica, por mais vacilante que se apresente. Neste momento, talvez, possamos reiterar a possibilidade de

uma vivência da maternidade menos falicizada e mais coerente com o que, de fato, diz respeito a cada sujeito que se lança a essa busca por se tornar mãe.

7. A interseccionalidade nas experiências de maternidade, luto e cuidado

Como há muito foi denunciado, a prática reprodutiva entre as classes mais pobres e a população negra, considerada uma "maioria minorizada" na realidade brasileira, sempre foi hierarquizada de modo distinto em comparação com as mulheres brancas de camadas econômicas médias e altas pela cultura dominante (Souza, 2022). Já foram mencionadas, ao longo desse estudo, algumas evidências históricas que respaldam essa afirmação, como a ocorrência de práticas especialmente violentas durante o período gestacional de mulheres escravizadas, e, mais modernamente, o interesse diferenciado, por parte do Estado e das instituições, em promover a esterilização dessa parte da população, atrelada à ideia de que a procriação deste público criaria um “exército de desempregados” (Davis, 2016).

Esse contexto reverbera na manutenção de um pensamento eurocentrado colonial que persiste, até os dias atuais, sendo reproduzido em nossa sociedade sem que haja uma devida tentativa de reparação objetiva ou simbólica. Uma sociedade que, mesmo que de modo sutil, ainda se coloca em prontidão para discriminar e julgar – a partir de um viés individualista – uma mulher que decide por gestar e parir sem possuir as condições ditas “ideais” para a criação de uma criança, especialmente quando fazem parte de famílias numerosas, e que pouco questiona a respeito das responsabilidades do Estado e da coletividade acerca do cenário em que estas novas vidas se inserem.

Essa concepção, especialmente por estar circulando de modo tão naturalizado quanto camuflado em nossa cultura, produz seus efeitos nas subjetividades de quem se insere dentro ou fora deste grupo e pode impactar na prontidão de profissionais de serviços de saúde para o acolhimento às perdas e investimento nos novos projetos de gravidez de mulheres que vêm desse extrato socioeconômico – como a maior parte das usuárias dos serviços do SUS.

Por essa razão, embora estes atravessamentos interseccionais nem sempre se mostrem evidentes nas elaborações subjetivas das mulheres que participaram deste estudo, a ponto de se fazer possível atribuir a eles uma correlação direta com o modo como elas vivenciaram os fenômenos em questão nem por isso se faz menos necessário refletir, utilizando do recurso de uma literatura que fundamente essas análises, acerca de sua influência sobre as experiências reprodutivas e os parâmetros utilizados pelas equipes de saúde para escutar e conduzir as demandas que se apresentam neste contexto. Afinal, como nos lembra Iaconelli (2023), a mãe “padrão-ouro”

segue sendo a mulher cis⁴⁰, branca, casada, heterossexual e de uma determinada classe social. Deste modo, seria ingênuo pensar que, na sociedade em que vivemos, a forma como os fenômenos ocorridos no ciclo gravídico-puerperal, e mediados junto à mulher que ocupa o lugar de paciente, encontram uma estrutura imune a certos marcadores.

Refletir acerca destas particularidades interseccionais descortina um viés presente não apenas na prática profissional, mas também na literatura em torno do tema que costuma trazer, por exemplo, a naturalização de certa correlação entre o desejo pela maternidade e o planejamento do projeto de gravidez, por vezes reduzido à consideração da estrutura que se busca oferecer para a chegada da criança.

Nesse ponto, cabe questionar: seria mesmo um filho menos sonhado ou teria ele um lugar de menor importância na subjetividade da mulher que o gesta porque não foi “planejado”? O que chamamos de planejamento acaba por, comumente, vir carregado de parâmetros classistas, visto que uma certa maneira de gestão dos recursos também parece apenas ser possível àquelas que podem usufruir de qualquer excedente à subsistência, e que, igualmente, tenham sido socializadas de modo a vislumbrar esta mesma lógica de estruturação da vida (Sodré, 2017). Lógica esta, de certo modo, até contrária à noção outrora dominante – mas ainda persistente na cultura – de que ter filhos seria um passo natural no ciclo da vida. Mas afinal, não ter condições de responder a um ideal de cultura extremamente atrelado ao consumo de certos serviços e práticas específicas invalidaria o direito de alguma mulher à experiência de maternidade?

A escuta dessas mulheres faz essa interpretação parecer ainda mais paradoxal à medida em que evidencia o lugar de grande importância costumeiramente atribuído por elas à maternidade. Dado que coaduna, ainda, a partir da análise dos casos clínicos, com um esvaziamento de seus discursos acerca de outros interesses e projetos de vida. Este retrato, se por um lado revela particularidades de suas dinâmicas desejantes, não deixa de ser sintomático de uma estrutura social que limita suas possibilidades de realização. Afinal, parece não se tratar de uma coincidência o fato de que a única participante do estudo que apresentou como questão frente à maternidade a necessidade de abdicar de uma carreira profissional e de prazeres que compunham a realidade de sua vida tenha sido uma mulher branca e de classe média.

A este respeito, Fonseca (2009) aponta, a partir de pesquisa realizada em bairros populares da região sul do Brasil, que nestes locais as crianças têm o status de “a alma do lugar”, de modo

⁴⁰ Abreviatura de “cisgênero”.

que a ideia de adiar e até evitar a chegada de um filho é inconcebível. Segundo a autora, postergar a maternidade pela carreira ou para aproveitar a vida pode não fazer sentido em grupos nos quais as oportunidades e aspirações são outras e a comunidade tende a absorver quem chega, mesmo fora da família – ainda que também enfrentem, cada vez mais, outras preocupações na tomada de decisão pela maternidade, como o próprio crescimento da violência que as afeta mais diretamente.

Nesse sentido, enquanto os estudos sobre perinatalidade exploram cada vez mais a discussão sobre o adiamento da maternidade e as ambivalências contemporâneas que cercam a decisão de se tornar mãe, mascara-se o quanto tais questões não são universalmente centrais para todas as mulheres, especialmente entre aquelas de menor poder aquisitivo e que são, em sua maioria, negras. Estas, por sua vez, são frequentemente tomadas como sujeitos de estudos do campo da biopolítica ou saúde coletiva, voltados para maternidades marginalizadas ou desautorizadas, mas pouco tratadas como protagonistas de pesquisas sobre outros temas que podem atravessar qualquer trajetória reprodutiva, como o das vivências após perdas perinatais, a exemplo deste estudo, prática que contribui para a continuidade deste apagamento epistêmico.

Sendo assim, retornando às observações de Fonseca (2009), corroboradas pela prática clínica, se faz importante evidenciar o quanto parece perseverar entre as mulheres que fazem parte desse público uma espécie de leitura da maternidade como um acontecimento natural no ciclo da vida de uma mulher – maternidade esta que, inclusive, ao contrário de outras realizações menos acessíveis na cultura, não se esperava que fosse dificultada por marcadores de classe e raça.

Tal fato contribui para que a vivência de uma perda perinatal seja, portanto, experimentada como uma ruptura ainda mais radical de um ciclo esperado e previsto a despeito das circunstâncias nas quais essa gestação ocorra. Um dado que, somado à centralidade deste projeto na vida de uma mulher, pode facilmente se constituir como um agravante para a forma como a perda pode ser subjetivada e elaborada. Entretanto, não é esse o enfoque que costuma ser dado à morte do bebê de uma gestante de classe popular.

Tal como tem sido investigado e denunciado no âmbito dos estudos de biopolítica, a atribuição de valor simbólico e o tratamento dispensado às vidas não costuma ser o mesmo para todas as classes sociais e categorias étnico-raciais. Podemos recorrer, por exemplo, a Foucault⁴¹ e

⁴¹ Tema que surge em diferentes obras do autor como “O Nascimento da Biopolítica” (1978-1979/2008) e “Vigiar e Punir” (1977/1996).

Agambem⁴², para pensar a respeito da existência de mecanismos que qualificam as vidas entre aquelas que merecem ser vividas e as que podem ser tiradas ou “deixadas morrer”. Cabe esclarecer que, para Agambem, os estados de exceção nos quais estes mecanismos se justificariam deixaram de ser, na modernidade, uma medida temporária em situações de crise. Para o autor, estes constituem-se, hoje, como uma estrutura permanente que permeia as instituições democráticas e uma condição normalizada, relativa ao funcionamento do poder soberano, no qual a vida humana passa a ser tratada como mero objeto biológico, dissociado de suas dimensões políticas e sociais e, porque não dizer, simbólicas e afetivas. Neste cenário, não é difícil concluir o quanto em um país como o Brasil, marcado por profundas desigualdades socioeconômicas e também por um racismo histórico e estrutural, as vidas de mulheres pobres, em sua maioria negras, e, especialmente, dos bebês que ainda residem em seus ventres, se enquadram rapidamente neste contingente abandonado à margem das proteções normativas da sociedade – a chamada “vida nua”.⁴³

Acerca desta análise, se adequa perfeitamente a crítica da filósofa e ativista negra Sueli Carneiro (2023). Em sua obra mais recente, Carneiro recupera dados epidemiológicos para discutir a questão da assistência à saúde de mulheres no Brasil, destacando o número alarmante de mortes maternas evitáveis⁴⁴ que ainda persiste no país em pleno século XXI: aproximadamente 96%. A autora, compara estes dados com os de outros eventos de saúde que não incluem um recorte de gênero e ressalta a disparidade entre a atenção pública dada a eles e o número de mulheres que morrem durante o parto e o pós-parto – os quais, vale ressaltar, se tratam de condições fisiológicas, e não doenças. Para a médica feminista Fátima Oliveira, com quem Carneiro dialoga em sua obra, fica evidente que as principais razões para tais ocorrências se devem à qualidade do pré-natal, à falta de acompanhamento durante a gestação e a imperícias médicas; lacuna intensificada em um recorte racial, que traduz uma mortalidade materna cerca de 6,6 vezes maior entre mulheres negras em comparação às brancas. Carneiro (2023) sugere que o descaso em relação à proteção ao parto faz parte de uma dinâmica negativa em relação à racialidade negra e se associa à violação

⁴² Trabalhado em sua obra “Homo Sacer: O Poder Soberano e a Vida Nua” (1995/2004), entre outras posteriores.

⁴³ Para Agamben (1995/2004), “vida nua” se refere a uma vida que está desprovida de direitos políticos, uma vida que não é protegida pelo ordenamento jurídico e que pode ser sacrificada sem violar a lei.

⁴⁴ Mortes evitáveis são aquelas que, segundo a literatura médica, não ocorreriam caso as medidas preventivas adequadas tivessem sido adotadas. O movimento feminista brasileiro tem utilizado desse conceito para denunciar o adoecimento das mulheres nestas circunstâncias em que o acesso ao tratamento fundamentadamente evitaria as suas mortes.

sistemática dos direitos reprodutivos destas mulheres. Esta, evidenciada tanto pelas denúncias de discriminação em hospitais e maternidades quanto pela falta de uma atenção particularizada para o cuidado das predisposições biológicas específicas destas mulheres, como a maior propensão à hipertensão arterial, que é, atualmente, a principal causa de morte materna no Brasil.

A partir dessa leitura crítica, parece importante apontar como o frequente sentimento de culpabilidade de uma mulher frente às suas perdas perinatais – já “complicado” entre as mulheres negras, historicamente associadas a representações sociais negativas acerca de seu exercício da maternidade (Kilomba, 2019) – adquire uma nova roupagem. Afinal, tal cenário concretamente adverso para a viabilização de suas práticas reprodutivas ratifica o que afirma Lélia Gonzalez (2020) ao dizer que, enquanto a mulher negra subjetiva-se para achar que tem cometido todos os erros, invisibiliza-se a estrutura de paredes sólidas e firmes que produz vidas e territórios marcados pela catástrofe da colonização.

Ao refletir acerca disso, me recorro do relato de uma paciente que, assim como outros sujeitos que participaram desta pesquisa, havia perdido vários bebês ao longo dos anos. Tendo vivido diversas violências institucionais durante seu percurso de busca pela maternidade atravessadas por questão de raça e etarismo – um preconceito também muito comum no campo reprodutivo, justificado por questões biológicas, mas frente ao qual se confundem probabilidades estatísticas com a moral e o desejo – certa vez indagou, comparando-se à uma artista que havia parido de uma gestação considerada tardia: “então a questão não é a minha idade, é minha falta de dinheiro?”. É certo que o imponderável da vida – as perdas, as mortes, o adoecimento – estão para todos, não sendo os mais abastados economicamente imunes a qualquer infortúnio. Mas a paciente questionava-se, incomodada com a reação da médica⁴⁵, que deixara explícito o quanto considerava sua comparação “absurda”, o que, afinal, ela e essa outra mulher possuíam de tão diferente?

Na prática, o cenário encontrado por cada uma dessas mulheres, de fato, se encarrega de produzir essa diferenciação. Tendo demorado a ser realmente acolhida em uma instituição de saúde, esta paciente perdera diversas oportunidades de descobrir um diagnóstico, apenas reconhecido tardiamente; o que, em seu caso, parecia então representar o fim da linha do projeto de ser mãe pela via da reprodução biológica. Tem-se, portanto, que, enquanto as mulheres de classes médias e altas, ainda que à custa de diversos esforços, podem recorrer a investigações mais amplas em tempo ou mesmo a outros procedimentos, como o congelamento de óvulos e a

⁴⁵ Atendimento realizado em outra instituição.

reprodução assistida, estes recursos ainda se fazem muito pouco disponíveis para mulheres de classes populares – em sua maioria, repito, negras. Embora iniciativas importantes venham se estruturando na cidade de Salvador, como a criação de ambulatórios públicos especializados, diversas tecnologias ainda são ausentes no SUS ou apenas oferecidas a um pequeno quantitativo de pessoas, nas regiões sul e sudeste do país, claramente não se configurando como um campo de interesse de investimentos públicos.

Assim, enquanto multiplicam-se as tecnologias de reprodução assistida, os estudos e investimentos neste âmbito, inclusive, a partir da área “psi”⁴⁶, pouco acompanha uma discussão em torno das dificuldades reprodutivas que atingem a população exclusivamente atendida pelo Sistema Único de Saúde. Sendo assim, a partir deste trabalho podemos também extrair importantes reflexões e críticas a respeito da forma como estas demandas reprodutivas da população usuária do SUS são tratadas, em especial considerando-se as importantes consequências psíquicas que estas perdas podem surtir entre mulheres que costumeiramente encontram na maternidade um dos seus principais projetos de vida.

Nesse sentido, longe de invalidar as razões pelas quais, no SUS, faz-se importante adotar um olhar cientificamente embasado para o gerenciamento do uso de seus recursos financeiros, cabe também indagar acerca do custo-benefício da normatização do protocolo atual, que apenas institui um processo investigativo acerca da causa dos óbitos gestacionais a partir do momento em que o quadro é considerado uma perda de repetição. Algo que, atualmente, ainda é normativamente considerado apenas após a terceira ocorrência de óbito perinatal, com a observação de que, considerando o julgamento clínico (que, quase sempre, guarda algo de subjetivo e, portanto, não deixa de ser influenciável pelas concepções culturais) esta indicação pode se dar a partir do segundo caso.

Sendo assim, o que predomina hoje no trato entre as equipes de saúde e as famílias que passaram por uma primeira perda, especialmente quando gestacional, é o discurso acerca da “normalidade” em torno destas experiências, justificada pela alta prevalência de abortamentos, que, de acordo com os clínicos, muitas vezes sequer são percebidos pelas mulheres no curso de suas vidas, frequentemente interpretados como atrasos menstruais quando ocorrem em momentos muito iniciais. Porém, uma vez reconhecendo a dimensão do impacto destas perdas para a subjetividade

⁴⁶ Esses estudos se debruçam, especialmente, sobre a complexidade não apenas em torno do processo biológico em curso, mas também dos arranjos fantasmáticos que muitas vezes precisam ser trabalhados quando se busca a gravidez por essa via.

das mulheres, tal qual ficou bem demarcado ao longo das distintas passagens desse trabalho, e tendo ainda em vista o quanto o período gravídico-puerperal é considerado extremamente sensível – estatisticamente apontado como a fase mais propícia ao desencadeamento de sintomas e quadros psicopatológicos, segundo a psiquiatria (Meltzer-Brody et al., 2018) – será que o componente psíquico não deveria ser considerado para a ampliação das ações de investigação e prevenção de uma nova perda? E, ainda: será que a ausência deste investimento não é sintomática de um olhar enviesado por preconceitos historicamente introjetados na cultura acerca das práticas reprodutivas e da maternidade entre pessoas pobres e não-brancas?

Embora seja possível afirmar que nos casos apresentados ao longo deste estudo seja deslindado um cenário um tanto distinto – talvez por se tratar da assistência prestada em um hospital universitário, no qual o componente da pesquisa e investigação ocupa uma maior importância no fluxo da assistência – pudemos verificar o quanto a falta de orientações adequadas, escuta atenta e acolhimento influenciaram fortemente no modo como as trajetórias reprodutivas destas mulheres se desenvolveram. Ou seja, nas problemáticas que enfrentaram para garantir a viabilidade gestacional, assim como na forma como estas perdas e a busca por novas gestações foram subjetivadas.

Sendo assim, se faz imprescindível buscar reconhecer e, cada vez mais, ampliar reflexões acerca das particularidades destas mulheres – invisibilizadas ao longo do tempo em consequência de um discurso dominante que trata como universal um padrão de maternidade extremamente recortado por classe, raça e gênero – e das negligências que, conseqüentemente, acabam por ser praticadas na atenção a este público, seja no campo da clínica anátomo-patológica, na perspectiva da clínica ampliada, ou mesmo na escuta analítica ofertada.

Acerca deste aspecto, por fim, parece importante salientar que um trabalho eticamente orientado exige situar o percurso analítico como uma oportunidade de desalienação de certos discursos e não permitir que, tão naturalizados e enraizados que já estão, estes tenham seu caráter de construção passando despercebido na própria escuta, supostamente neutra. Temos, portanto, que essa neutralidade, que se refere apenas à necessidade de abstenção do(a) analista como sujeito, não deve descomprometer o(a) profissional acerca do seu papel de estender os questionamentos para aquilo que está na ordem social e também de agir, enquanto integrante de uma equipe de saúde, na direção de favorecer o reconhecimento e valorização destas realidades por aquelas e aqueles que

conduzem os cuidados, fomentando diálogos que contribuam para a de-colonização de olhares nas práticas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou responder de que modo a relação que uma mulher estabelece com a maternidade é afetada pela vivência de perdas perinatais, tendo como contexto de fundo as coordenadas do desejo na contemporaneidade em seu nicho social particular. Para tanto utilizou-se o método de construção de casos clínicos, a partir da seleção de cinco casos de mulheres que foram acompanhadas pela pesquisadora em seu trabalho como psicóloga de orientação psicanalítica em um hospital universitário na cidade de Salvador-BA e que traziam, com importante centralidade, uma narrativa em torno dos seus históricos de perdas perinatais e o desejo pela maternidade. Esta metodologia mostrou-se bastante efetiva por permitir evidenciar os processos subjetivos vivenciados por elas em seus percursos diante dos novos encontros com a maternidade, que, de modo geral, incluíram também uma relevante atualização das experiências de seu passado no que tange ao luto pelas gestações interrompidas. A escolha de cinco casos também foi adequada para permitir a construção de uma espécie de “mosaico” de experiências, cujas divergências e pontos de encontro puderam fornecer subsídios para uma discussão mais ampliada acerca do tema e para responder aos objetivos específicos deste estudo. Estes recortes também se mostraram representativos do cenário encontrado pela pesquisadora em sua experiência clínica no trabalho com este público.

Entretanto, cabe indicar que, pelo fato do método tomar como elemento de trabalho, especialmente, a narrativa das participantes, agregada à observação das relações institucionais mais restritas ao contexto dos seus acompanhamentos, certos dados acabaram por ser pouco evidenciados de maneira direta na construção dos casos clínicos, como a dimensão interseccional. O fato de conteúdos que tocam a questão da racialidade e classe não serem mencionados pelas pacientes, por si só, leva a refletir acerca da invisibilização e não reconhecimento das repercussões destes marcadores na forma como corriqueiramente se interpreta a ordem social e a construção das subjetividades. Embora esta análise não tenha aparecido, de modo transversal ao longo do estudo, optou-se por dedicar uma sessão a esta discussão, na qual foram utilizadas referências da literatura para possibilitar a interpretação dos achados clínicos a partir deste viés, bem como bem como sustentar os argumentos apresentados.

Entre eles, cabe destacar a dimensão de centralidade que o projeto de maternidade parece carregar, ainda hoje, entre mulheres de classes populares e negras, que foi associada, entre outros

fatores, ao acesso obstruído a outras vias de realização fálica na cultura e um histórico de privação e desvalorização de suas próprias vivências de maternidade, em consequência da exploração destes grupos por outros com maior poder econômico e social.

Nesta sessão, discutiu-se também sobre o modo como esta significação da maternidade enquanto uma vivência “natural” e esperada costuma influenciar na dolorosa experiência de perda perinatal e na forma como se dão os processos de luto, com tendência a se complicar. Por fim, propôs-se o questionamento sobre os efeitos do racismo e classicismo na forma como são ordenadas e realizadas as práticas assistenciais, tanto do ponto de vista prático, ou seja, do que se oferta, efetivamente, para promover mais chances de que estas mulheres tenham uma vida reprodutiva saudável, quanto simbólico, uma vez em que, mesmo quando implícita, a atribuição de menor valor à perda de um bebê de determinada classe e raça certamente impacta, também, nas possibilidades de elaboração e simbolização do que foi perdido e no seguimento das trajetórias reprodutivas daquelas que passam por essa experiência.

Portanto, ainda que a subjetivação de uma perda seja algo sempre singular, sustentamos, ao final desse trabalho, que marcadores como classe social e racialização também se produzem enquanto mecanismos de subjetivação, interferindo no modo como os próprios sujeitos se autorizam a sentir, simbolizar e transitar pelos eventos da vida.

Os demais achados deste estudo foram organizados de modo a responder a questões formuladas em torno de três eixos, relativos aos objetivos específicos desta pesquisa, a saber: analisar como as mulheres experienciaram o luto pelas perdas perinatais anteriores; compreender como são experimentados os novos encontros com a maternidade por mulheres com histórico de perda perinatal e identificar efeitos da escuta pautada na psicanálise na relação estabelecida por mulheres com histórico de perdas perinatais com a maternidade.

Em relação ao primeiro objetivo específico, foi possível verificar que as mulheres que passaram por perdas perinatais tiveram a vivência de seu luto obstruída por uma série de fatores, como o precário reconhecimento social da perda, o fato de o objeto perdido ter um caráter extremamente narcísico e idealizado e a escassa presença de dados de realidade que ajudassem a compor uma narrativa e reconhecer o que, de fato, perderam com a morte do bebê.

Nesse sentido, algumas nuances significativas também foram percebidas na comparação entre os casos de perda gestacional e da perda ocorrida após o nascimento, sendo a elaboração desta última facilitada, apesar da dor, pelo fato de se encontrarem mais elementos concretos, para além

da fantasia, para a reconstituição do objeto perdido. Também se conclui sobre a importância de poder vivenciar o luto a partir da posição parental, o que significa lamentar a perda do lugar de mãe e encontrar vias de sustentar esse lugar simbólico, apesar da ausência do filho.

Para as mulheres que nunca haviam vivido antes a maternidade, ficou claro que a perda colocava esta identificação em questão e que grande parte de seus anseios se conectava, não apenas à morte de um filho com o qual haviam sonhado ou se vinculado durante a gestação, mas também ao temor de não conseguirem realizar o desejo de um dia viver a maternidade. Em muitos casos em que o reconhecimento e validação desta posição não se mostrou possível, a perda era vivida como uma espécie de amputação identitária, capaz de trazer repercussões importantes para a própria concepção e experiência de “eu”. Por fim, a análise dos casos também nos remete à importante dimensão que guarda a experiência de corporeidade durante a gestação, destacando o seu lugar central para a constituição desta ilusão de unidade, que também pode ver-se abalada nestas circunstâncias.

A partir das extrações dos processos analíticos destas mulheres, pudemos conferir também o quanto facilmente se viam capturadas por sentimentos de culpa e incapacidade frente às perdas perinatais, um dado que costumeiramente aparece como uma “marca” na clínica com mulheres que passam por perdas repetidas e que se atrela à vivência de um luto com características melancólicas. Um quadro que, como vimos, parece estar associado à maior dificuldade em promover essa separação entre o eu e o outro, relativo à existência de um tempo no qual havia uma correspondência corporal entre mãe e filho, mas também ao ideal social em torno da maternidade, a partir do qual se enxergavam tão fortemente responsabilizadas pela função de fazer com que seus filhos nascessem saudáveis. O intenso atrelamento entre as concepções de maternidade e feminilidade também foi evidenciado nestas trajetórias, chegando a ser explicitado por meio do questionamento de uma destas gestantes a respeito da perda do bebê tê-la feito “menos mulher”.

No que tange aos novos encontros com a maternidade e à análise acerca de como se deu a circulação do desejo e dos afetos ao longo dessas vivências, os casos apresentados trouxeram como achado que a presença da angústia e de suas variações – que surgem de modo recorrente na gravidez, frequentemente associadas ao temor da repetição da perda – foram intensificadas nas circunstâncias nas quais estas gestações passaram a ser classificadas como “de risco” ou quando se encontraram com alguns marcadores simbólicos, referenciados às vivências pregressas de perda.

Os casos ilustraram como as questões referentes à elaboração do luto tendem a voltar à tona na ocasião em que estas mulheres se reaproximam da maternidade, especialmente na vivência de suas novas gestações, evidenciando, também, o quanto as perdas perinatais guardam um potencial traumático. Foi visto que a nova gravidez após uma perda perinatal tende a ser vivida de maneira intensamente diferente da primeira experiência, uma vez que as mulheres passam a ver-se mais experiencialmente advertidas da possibilidade de seus projetos não serem bem-sucedidos. Diante desse cenário, pôde-se verificar que essas mulheres buscaram distintas maneiras e saídas para lidar com as circunstâncias e os afetos frente aos quais se encontravam.

Entre os casos, ocorreram situações nas quais se apresentou um quadro maior de inibição e mesmo a desistência (ainda que temporária) do projeto de maternidade e outras situações nas quais a busca por uma nova gravidez parece ter vindo como uma espécie de ato sem elaboração. A angústia, uma vez mobilizada pelo encontro com a cena analítica e o estabelecimento da transferência, entretanto, mostrou-se também um importante motor para o trabalho analítico.

De modo geral, as novas experiências de gravidez foram vividas como uma espécie de “corda bamba”, na qual as mulheres deste estudo buscaram se equilibrar entre o desejo pela maternidade e o medo de uma repetição da vivência anterior. Para algumas delas, especialmente aquelas que viveram a perda com uma maior dose de abalo narcísico, percebeu-se que a nova gestação era significada como uma arriscada oportunidade de refutar ou comprovar uma identificação com a falta, frequentemente imaginizada como um defeito ou uma falha enquanto mulher. Tais achados sinalizam o risco de que, no caso de um luto não poder ser devidamente vivido e elaborado, a busca por uma nova gestação venha a ser experimentada como a tentativa de uma reparação egóica. É possível concluir, portanto, que o lugar atribuído por uma mulher ao filho gestado, especialmente após a vivência de uma perda, está diretamente ligado ao modo como ela lidou com o luto pela perda anterior e, em última instância, com sua própria falta.

A partir desta leitura, recorreu-se ao conceito lacaniano de semblante para discutir a respeito da importância que a maternidade pode assumir para uma mulher, ao passo em que se aposta na relevância do uso deste semblante valorado para a subjetividade de uma mulher, aqui associado ao que chamamos de posição parental. Sendo assim, constatou-se que a frustração do projeto parental, especialmente quando seu luto não pode ser elaborado, muitas vezes faz com que aquilo que movia um sujeito nessa busca se transforme ou, ao menos, seja temporariamente ofuscado por uma nova determinação; esta, mais fortemente relacionada à demanda fálica pelo filho e pela posição que,

com o óbito do bebê, lhe foi destituída, buscando uma identificação que não seja com esta falta através de uma nova gravidez ou até do rechaço a um novo encontro com a maternidade.

Ao longo do estudo também buscou-se sublinhar a importância destas primeiras ocorrências gestacionais para além dos seus desfechos, o que significa debruçar-se sobre os efeitos que perceber-se grávida e experimentar esta vivência no corpo pode produzir na dinâmica pulsional e no circuito do desejo de uma mulher; dado que amplifica a visão acerca das possibilidades de elaboração da experiência gestacional, a despeito do resultado da gravidez, e reverbera também na relação que passa a ser estabelecida com o projeto de maternidade. Neste âmbito, foi apontado como possibilidade de leitura, o reconhecimento da presença de um gozo outro nesta vivência gestacional, que, acreditamos, merece uma maior atenção e estudos sobre o tema que possibilitem um viés positivado.

Pôde-se verificar, a partir dos casos apresentados, como a oferta da escuta analítica foi importante para que estas mulheres operassem reposicionamentos subjetivos frente à maternidade. Foi possível confirmar que a sustentação do espaço analítico favoreceu a (re)elaboração dos lutos perinatais, atualizados ao longo das novas gestações, auxiliando, conseqüentemente, na construção de um lugar simbólico próprio para a criança a ser então gerada. A validação da experiência compartilhada com o filho e favorecimento da significação desta vivência mostraram-se importantes intervenções tanto para que as mulheres se autorizassem a assumir a posição parental e pudessem se relacionar com seus filhos após o nascimento a partir dela e deste vínculo particularizado, como para favorecer o acesso a elementos importantes sobre ele, caso o desfecho demande a elaboração de sua perda.

O trabalho analítico evidenciou também que, ao passo em que as idealizações e o imaginário nutrido em torno do desejo de ser mãe se confrontam com a experiência da perda, uma mulher pode perceber a necessidade de rever estas referências até então sustentadas. Neste processo, a escuta analítica pôde se constituir como um importante espaço de possibilidade para que, deste entrave criado pela quebra ou frustração dos ideais, as mulheres pudessem encontrar o caminho da construção de novas significações, mais singularizadas, e adotar uma distinta posição subjetiva face à maternidade a partir do que extraiu das próprias experiências e menos referida aos ideais prontos e cristalizados que permeiam o universo social. Um processo que, talvez, possamos chamar de elaboração do luto da maternidade idealizada, que vai além da elaboração da perda de um bebê.

É interessante ressaltar que o fato de o tema da maternidade seguir extremamente imaginarizado no ideário da cultura ressoou como um obstáculo para a subjetivação destas vivências de gestação e perda ao mesmo tempo em que rompia com estes ideais, como se evidenciou através da resistência destes sujeitos em operar o deslizamento destes significantes ou estabelecer uma ampliação de seus discursos sobre a maternidade, a despeito dos esforços da analista. Destes achados, depreende-se, portanto, a importância de se favorecer, por distintas vias, o reconhecimento do caráter de construção social que sustenta tal idealização, que para muitas mulheres acaba por tornar a busca da maternidade após uma perda perinatal um imperativo, se interpondo também, ainda que frequentemente passe despercebido, na forma como a assistência à saúde é conduzida no cuidado a esse público.

A partir de uma compreensão acerca da relevância destes ideais culturais para a forma como essas perdas e mesmo as modulações do desejo pela maternidade são vividas, torna-se necessária a reflexão a respeito dos modos possíveis de operar mudanças neste cenário. Cenário este que, ainda que seja fortemente influenciado por discursos historicamente consolidados ou vetores de dimensões aparentemente distantes da realidade na qual se situa a prática deste estudo, também pode, na experiência de uma mulher, sofrer efeitos significativos dos contornos que são dados por quem se apresenta em seu entorno durante este momento simbolicamente tão importante como o seu ciclo gravídico-puerperal, incluindo aí profissionais de saúde que conduzem os cuidados especializados.

Nesse sentido, é fundamental valorizar os esforços por se expandir essa discussão no laço social – incluindo a circulação de um dizer sobre a vivência de perda, ainda muito pouco falada apesar das estatísticas que apontam sua frequência e os ganhos derivados da possibilidade de troca com quem compartilhou de história semelhante – e sublinhar a importância de que o processo de formação de profissionais de saúde inclua uma dimensão mais crítica e não apenas estritamente técnica. Uma realidade que reverbera na forma como é vista e conduzida a relação médico(a)-paciente, ignoradas as questões transferenciais, o efeito do vínculo, enquanto uma tecnologia de saúde, e o reconhecimento do referencial a partir do qual estes profissionais lançam seus olhares para estes outros, costumeiramente influenciado pela ideia de um “sujeito universal”.

A este respeito é relevante apontar, por exemplo, que muitas vezes a resistência a elaborar e dar o devido valor simbólico às perdas por parte das mulheres que passam por essa experiência, seguida de uma busca desenfreada por uma nova gestação acaba por ser endossada pelo próprio

discurso médico, que, atrelado à lógica do mestre, também se ocupa de excluir a falta do seu território.

Como vimos em diferentes passagens deste trabalho, as intervenções do dizer médico e de uma equipe de saúde atenta nas cenas mais importantes da trajetória gravídico-puerperal de uma mulher podem em muito ajudá-la a encontrar algum tipo de mediação simbólica para o encontro com o real em questão – seja o da perda ou o da própria gravidez. A forma como as informações e orientações serão transmitidas, entretanto, pode ser tão ou mais importante que o próprio conteúdo.

Sendo assim, é salutar indicar que, se por lado defende-se, ética e politicamente, o direito destas mulheres de receberem a assistência de melhor qualidade possível em suas buscas pela maternidade, sendo problematizados, inclusive, os protocolos que estão sendo ofertados para guiar o cuidado deste extrato da população, por outro, este trabalho pretende também evidenciar a importância de que uma nova gravidez não seja ofertada como uma solução para a dor da perda.

Na melhor das intenções, quando a equipe, de fato, abraça estes processos reprodutivos, é muito comum que se projete no vislumbre de uma gravidez viável uma chance de reparação da perda vivida. Por essa razão, se faz tão importante que a celeridade demandada pelas rotinas dos serviços não contamine as abordagens a estas mulheres e famílias, em especial nestas circunstâncias nas quais o respeito a um certo tempo lógico de elaboração se faz tão essencial. Desse modo, diálogos abertos, que de fato permitam que as usuárias tragam suas demandas e questões, bem como os esforços pela realização de encaminhamentos seguros que garantam a existência de outros encontros – em outro “tempo lógico” – mais favoráveis ao trato de questões relativas ao futuro reprodutivo destas mulheres, se fazem tão importantes.

Propostas que, sabemos, não deixam de encontrar como desafio uma rede de saúde muitas vezes precária e pouco articulada, frente à qual, com certa frequência, as pacientes, especialmente as que não residem na capital, não conseguem ter seu cuidado devidamente continuado ou o fazem a custo de muitos esforços. Esse cenário contribui, inclusive, para que incorram a novas gestações sem que os devidos cuidados prévios, que assegurariam maiores chances de viabilidade, sejam tomados, favorecendo novas vivências de gestações de risco.

Nessa direção, é possível destacar algumas outras medidas cuja importância foi sendo delineada ao longo deste trabalho e que se apresentam, aqui, como sugestões de condutas a serem seguidas a partir da particularidade destes casos no universo das práticas em saúde. Em primeiro lugar, considerando a correlação evidenciada neste estudo entre o trabalho de elaboração da perda

já realizado e o modo de subjetivação das novas buscas pela maternidade, indicamos possíveis abordagens a tais eventos que parecem surtir importante efeito para a simbolização do ocorrido, como a ritualização das despedidas, quando assim fizer sentido para estas mulheres, a ser conduzida com o apoio das equipes de saúde; a pronta prestação de esclarecimentos acerca do ocorrido; e/ou o devido encaminhamento para investigação acerca da causa dos óbitos, associado à programação de retomada do diálogo e aprofundamento destas informações em momento posterior, uma vez tendo em conta que o componente emocional pode impedir uma maior assimilação de informações em um primeiro momento, surgindo, posteriormente, outras questões a serem respondidas.

Estas indicações, além de terem como norteador uma preocupação com as condições de elaboração psíquica das perdas por estas mulheres mães, indicando o potencial simbólico destas intervenções, também são formuladas a partir de uma observação acerca dos itinerários terapêuticos de quem vivencia tal perda e dos complicadores que, muitas vezes, advém da falta de um cuidado em tempo oportuno – muitas vezes contribuindo para mitigar o sonho da maternidade nutrido por estas mulheres ao longo da vida.

Por último, reforçamos a relevância do trabalho orientado pela psicanálise na inserção de uma nova lógica para se lidar com estes lutos e promessas de futuro. Uma lógica que muito se beneficia de uma perspectiva de trabalho ampliada e das possíveis intervenções de profissionais psicólogas(os) orientadas(os) pela psicanálise na equipe, que, em sua função de mediação, de um “dentro-fora”, como cita Moretto (2020), podem auxiliar que se opere o questionamento de certas concepções e práticas e, quiçá, um esvaziamento desses ideais que contribuem para que as mulheres sintam-se tão culpabilizadas por suas experiências de perdas perinatais ou mesmo em qualquer outra suposta falha no exercício da maternidade.

É possível dizer, inclusive, que as intervenções nessa direção, especialmente as realizadas no trabalho propriamente analítico, podem ser importantes para que certas mulheres, avessas aos termos extremamente exigentes ainda postos em nossa sociedade para o exercício da maternidade, não se privem do questionamento acerca do seu real desejo de ser mãe afetadas pela impossibilidade de construir um modo mais próprio e singular de se relacionar com a ideia de ter um filho.

A constatação de que o trabalho analítico trouxe repercussões positivas para as mulheres deste estudo reitera a importância da presença de profissionais atuando neste contexto dos novos encontros com a maternidade após a vivência de perdas perinatais. Entretanto, ainda que este

percurso de reposicionamento subjetivo frente à maternidade, ou, no mínimo, da construção de vias para transpassar a angústia posta em cena no curso das novas gestações, tenha sido possível na maioria dos casos elencados, faz-se necessário reconhecer que uma árdua trajetória anterior a estes encontros analíticos foi vivida por elas sem que reconhecessem os recursos subjetivos que possuíam para atravessar estas experiências de modo distinto. Analisando os casos clínicos é possível depreender que oportunidades anteriores de escuta poderiam ter sido cruciais para que estas mulheres pudessem percorrer trajetórias distintas, uma vez encontrando vias para elaborar e sustentar escolhas mais coerentes com seus reais desejos ainda em um outro tempo.

Neste âmbito, para além do acolhimento na ocasião em que ocorrem as perdas, cuja importância já foi reiterada aqui tanto na perspectiva analítica quanto da clínica ampliada, se faz importante indicar a relevância de que esse trabalho psíquico seja também oportunizado nas circunstâncias nas quais estas mulheres retornam às instituições buscando tratamentos de fertilidade ou no início de uma nova gravidez, anterior a qualquer intercorrência – indicação que entra em um feliz acordo com a recente promulgação da Lei 14.721, que preconiza o apoio psicológico em mais espaços e circunstâncias associadas ao ciclo gravídico-puerperal.

Vimos afinal, que a oportunidade de realizar um trabalho de simbolização em torno dessa busca pela maternidade pode não apenas favorecer aquelas que nem sempre encontrarão o final feliz esperado para suas gestações, auxiliando-as na reconstrução de suas rotas após uma nova interrupção da maternidade, como também propiciar a estas futuras mães uma forma de viver a maternidade que inclua mais a mulher que elas são, liberando também seus filhos da função de encobrir a falta desvelada pela perda anterior. Cabe apontar que este modo de lidar com a falta, somado ao contexto particular da nossa sociedade pode colaborar para que a gravidez e, sobretudo, o bebê, venham a ser vistos como um produto: algo que, com o devido investimento, seja ele financeiro ou subjetivo, lhe entregará em retorno o que fora “encomendado”.

Certamente atribuir a um filho desejado a posição de um objeto de valor não carrega, a priori, um problema, sendo inclusive um movimento necessário para o seu processo de subjetivação; entretanto, o risco existente em toda relação, mas que consideramos agravado em tais circunstâncias, é de que as projeções em torno deste bebê que, finalmente, sobrevive após uma história de perdas, sejam tão intensas que não abram espaço para o seu advir enquanto sujeito. Sendo assim, mesmo quando, ao final de uma árdua trajetória, chega o bebê arco-íris – termo que se popularizou para nomear, metaforicamente, as crianças que chegam “após a tempestade” – certas

preocupações quanto ao modo de subjetivação da maternidade não deixam de estar em jogo, constituindo, inclusive, um importante campo de investigação que esteve fora do escopo desse estudo.

Parte importante deste trabalho de separação de (re)construção atrelado ao percurso analítico, talvez possamos assim nomear, consiste em criar vias para a simbolização e valorização da experiência gestacional em si mesma e da relação existente entre mãe e filho ainda neste tempo, de modo que esta não seja exclusivamente validada pelas suas projeções de futuro – ainda que estas, estruturalmente, sigam fazendo parte da dinâmica de enredamento deste outro no seu próprio desejo.

Este estudo nos mostra que – em uma sociedade em que proliferam especialistas, as relações mediadas por consumo e onde ainda se explora exaustivamente o discurso maternalista, que defende que a mulher-mãe é a figura principal e indispensável na criação e educação dos filhos (Iaconelli, 2023) – poder, a partir das reconstruções demandadas no trabalho de elaboração da perda, esvaziar certas inflações imaginárias e construir vias de se vivenciar a experiência de gestar, parir e criar uma criança com mais entrega à experiência concreta em detrimento de criações imaginárias parece se constituir em uma interessante perspectiva diante da dor da perda, capaz de favorecer a construção de relações mais saudáveis e menos alienados aos ideais contemporâneos.

Defende-se, portanto, a importância ética e política de uma mulher reconhecer-se em seu próprio desejo e de favorecer uma vivência da maternidade possível, em que o melhor do sujeito pode ser posto à cena, ao invés da busca por um ideal externo ao qual se conformar, e onde o filho também pode ser visto como um outro. Um outro certamente mais desamparado, mas ainda um outro com quem se pode aprender. Pode-se dizer, por fim, que aposta-se na potências das intervenções realizadas neste tempo no qual as mulheres se encontram atravessadas pelas encruzilhadas da morte e da origem na (re)construção da trajetória destes sujeitos.

. REFERÊNCIAS

- Aguiar, H. C., & Zornig, S. (2016). Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Estilos Da Clinica*, 21(2), 264-281. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281>
- Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. Pólen Produção Editorial LTDA.
- Allouch, J. (2004). *Erótica do luto no tempo da morte seca*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Alkolombre, P. (2021). Travesías del deseo de hijo. In R. Viola Vives (Ed.), *Ensaio sobre Reprodução Assistida, Parentalidades e Adoção* (1ª ed.). Gênese.
- Amaral, R. G. (2022). Humanização do cuidado à saúde da mulher diante da perda perinatal: fluxos e protocolos de atendimento ao luto na cidade de Salvador, BA.
- Andajani-Suthahjo, S. & Manderson, L. (2004). Stillbirth, neonatal death and reproductive rights in Indonésia. *Reproductive Health Matters: 12(24)*, 181-188.
- Aragão, R. O. (2012). Narrativas do início da vida: Como contar nosso primeiro capítulo? *Primórdios*, 2(2), 73-83.
- Arán, M. (2003). Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. *Revista Estudos Feministas*, 11, 399-422.
- Ariès, P. (2003). *História da morte no Ocidente*. Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1917).
- Badinter, E. (1985). *Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno*. Nova Fronteira.
- Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde (2020, Maio). *Boletim Epidemiológico*. 51(20).
- Braz, L. M. D. L. P. (2019). O luto perinatal e as consequências para filhos subsequentes. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Materno-Infantil), Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Butler, J. (2015). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade* (9ª ed.). Civilização Brasileira. (Original publicado em 1990).
- Bydlowski, M. (2002). O Olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação de objeto interno. Em Corrêa Filho, L.C.; Corrêa, M.E.G.; França, O.S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. (pp.205-2014). LGE.
- Caffé, M. (2018). Norma e subversão na psicanálise: reflexões sobre o Édipo. *Percurso*, 6-

- Caffé, M. (2020). Feminilidade e maternidade. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli, Gênero (1ª ed.). Autêntica.
- Callister, L. C. (2014). Global perspectives on perinatal loss. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(3), 207.
- Carneiro, S. (2023). *Dispositivo de racialidade: A construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Schwarcz-Companhia das Letras.
- Carvalho, A. C; Silva, M. E. , Matos, B.M., Bottino, C.M., Abrahão, A. R., Cohrs, F. M., & Bottino, S. M. B. (2016). Depression in Women with Recurrent Miscarriages - an Exploratory Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 38(12), 609-614. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1597667>.
- Casellato, G. (Org.) (2005). *Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade*. Livro Pleno.
- Coppis, A. N. S. (2013). O lugar do corpo no nó borromeano: inibição, sintoma e angústia. *Tempo Psicanalítico*, 45(1), 15-27.
- Costa, A. M. M. D., Ferraz, M. A. L., & Ribeiro, V. N. D. F. (2013). O amor, o feminino e a escrita. *Tempo Psicanalítico*, 45(1), 29-38.
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. Boitempo Editorial.
- Donath, O. (2017) *Mães Arrependidas: uma outra visão da maternidade*. Civilização Brasileira.
- Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, 62, 531–558. doi:10.1146/annurev.psych.031809.130727.
- Dunker, C. (2019) Teoria do Luto em Psicanálise. *Pluralidades em Saúde Mental, Curitiba*, v. 8, n. 2, p. 28-42.
- Dunker, C. (2020). Economia libidinal da parentalidade. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli, *Parentalidade* (1ª ed.). Autêntica.
- Dunker, C. I. L. (2023). *Lutos finitos e infinitos*.
- Dunker, C., & Ravello, T. (2019). A garrafa de Klein como método para construção de casos clínicos em psicanálise. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 22, 99-110.
- Espindola, A. T., Benute, G. R., Guerra, C., Osternack, C., Souza, L. M. C., & Zugaib, M. (2006). Crenças sobre gestação, parto e maternidade em mulheres gestantes com histórico de abortamento habitual. *Psicologia Hospitalar*, 4(1).

- Fernandes, M. H. (2020). O corpo da mulher e os imperativos da maternidade. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli, Laço (1ª ed.). Autêntica.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7, 75-86.
- Fonseca, C., & Tornquist, C. (2009). Leituras de resistência: corpo, violência e poder. *Revista Estudos Feministas*, 17(1), 49-80.
- Foucault, M. (1988). História da sexualidade I - a vontade de saber. Edições Graal. (Originalmente publicado em 1976)
- Franco, M. H. P., Luna, I. J., & Andery, M. C. R. (2022). *Reflexões sobre o luto: práticas interventivas e especificidades do trabalho com pessoas enlutadas*. Editora Appris.
- Freire, T. C. G. P. (2012). *Transparência Psíquica em nova gestação após natimorto* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UNB <https://repositorio.unb.br/handle/10482/11514>.
- Freire, T. C. G., & Chatelard, D. S. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 9(3), 1007-1022. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300012&lng=pt&nrm=iso.
- Freud, S. (1967) Análise terminável e interminável. In S, Freud, *Obras Completas*. (vol. 23, pp.247-88). Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (1972). Feminilidade. In J. Salomão. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (vol. 22) Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1932).
- Freud, S. (1976). Psicologia de grupo e análise do ego (J. Salomão, Trad.). Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, (vol. 16). Imago. (Trabalho original publicado em 1921).
- Freud, S. (1976). Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada "Neurose de angústia". *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (pp. 103-138). Imago (Trabalho original publicado em 1895/1894).
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In J. Salomão (Trans.), *Obras completas de Sigmund Freud* (vol. 14, pp. 245-263). Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1917).

- Freud, S. (1996). Os instintos e suas vicissitudes. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (vol. 14). Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1915).
- Freud, S. (2004). O Recalque. In S. Freud, *Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. 1: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente* (pp. 175-193). Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2006). Sobre o narcisismo: Uma introdução. In J. Strachey (Ed. rev.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 14) Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1914).
- Garrafa, T. (2020). Primeiros tempos da parentalidade. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli, *Parentalidade* (1ª ed.). Autêntica.
- Gonzales, L. (2020). Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. (F. Rios & M. Lima, Orgs.). Zahar.
- Iaconelli, V. (2007). Luto Insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614-623. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>.
- Iaconelli, V. (2012). *Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna*. [Tese de doutorado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo] Biblioteca Digital USP <https://doi.org/10.11606/T.47.2013.tde-07052013-102844>.
- Iaconelli, V. (2020). Reprodução de corpos e sujeitos: a questão perinatal. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli, *Parentalidade* (1ª ed.). Autêntica.
- Iaconelli, V. (2020). Sobre as origens: Muito além da mãe. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli, *Parentalidade* (1ª ed.). Autêntica.
- Iaconelli, V. (2023). *Manifesto antimaternalista: Psicanálise e políticas da reprodução*. Zahar.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Agora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6, 115-138.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica?. *Agora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1), 115-138. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>.
- Jerusalinsky, J. (2008). Angústia na pós-maternidade. *Revista da Associação Psicanalítica*, 35, 9-20.
- Kehdy, R. W. (2020). Redes de apoio: cuidar dos pais na chegada de um filho. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli, *Laço* (1ª ed.). Autêntica.

- Kehl, M. R. (2013). *Em defesa da família tentacular*. Fronteiras. Recuperado de <https://www.fronteiras.com/leia/exibir/maria-rita-kehl-em-defesa-da-familia-tentacular>
- Kehl, M. R. (1998). *Deslocamentos do feminino*. Imago.
- Kilomba, G. (2019). *Memórias da Plantação – Episódios do racismo cotidiano*. (J. Oliveira, Trad.). Cobogó.
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18 (41), 457-468.
- Lacan, J. (1985). O seminário - Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise (Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller). Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1964).
- Lacan, J. (1992). O seminário - Livro 17: o avesso da psicanálise. Jorge Zahar (Originalmente publicado em 1969-70)
- Lacan, J. (1993). O seminário livro 20, Mais, ainda. Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1972-1973).
- Lacan, J. (1998) A significação do falo. *In: Escritos* (pp. 692-703). Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1958).
- Lacan, J. (1998). "O estádio do espelho", *In Escritos*. Jorge Zahar (Originalmente publicado em 1966).
- Lacan, J. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. *In Escritos* (pp. 238-324). Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1953).
- Lacan, J. (1999). O seminário - Livro 5: As formações do inconsciente. Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1957-58).
- Lacan, J. (2003). ...ou pior. *In: Outros escritos*. Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1971-1972)
- Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. *In Outros escritos* (pp. 369-370) Zahar (Originalmente publicado em 1969).
- Lacan, J. (2016). *O Seminário, Livro 6: O desejo e sua interpretação*. Jorge Zahar (Originalmente publicado em 1958-1959)
- Leader, D. (2001). *Além da depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia*. Rio de Janeiro, RJ: BestSeller.
- Lebovici, S. (1987). O bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. (2015). Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1120-1138. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>.
- Lima, V. M., & Vorcaro, A. M. R. (2019). Ideal viril e feminização do mundo: uma sexuação moebiana na era do não-todo. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 13(25), 31-46.
- Lopes, B. G., Martins, A. R., Carletto, M. R., & Oliveira, P. K. (2019). A dor de perder um filho no período perinatal: uma revisão integrativa da literatura sobre o luto materno *Revista Stricto Sensu*, 4(2), 29-40 <https://doi.org/10.24222/2525-3395.2019v4n2p029>.
- Magnus, M. C., Wilcox, A. J., Morken, N. H., et al. (2019). Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: Prospective register based study. *BMJ*, 364, 1869. <https://doi.org/10.1136/bmj.l86>
- Maldonado, M. T. P. (1997). *Psicologia da Gravidez*. Vozes.
- Marcos, Cristina Moreira. (2017). O desejo de ter um filho e a mulher hoje. *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 9(2), 246-256. <https://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2017v2p.246>.
- Mariutti MG, Furegato ARF, Mariutti. Associações do abortamento com depressão, autoestima e resiliência. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*. 2013;7(2):145-157.
- Mattar R., Trainá E. & Daher S. (2015) Limites na investigação imunológica e genética em aborto recorrente. *Rev. Bras Ginecol Obstet*,; 37(3), 101-4.
- Mendonça, C. S. D. Á. (2018). Interrupção espontânea da gravidez, morte fetal e perda perinatal: luto e fatores protetores (Dissertação de mestrado).
- Moreno, C. S., & Bleicher, T. (2022). A atuação de ONGs e coletivos no apoio a pais em condição de luto perinatal. *Estilos da Clínica*, 27(1), 36-51.
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*.
- Mucida, Angela, & Pinto, Jeferson Machado. (2014). Sintomas de velhos?. *Cadernos de psicanálise*, 36(30),45-60.
- Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: Atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: teoria e prática*, 15(3), 34-48.
- Nasio, J. D. (1997). *O livro da Dor e do Amor*. Jorge Zahar.

- Nikcevic, A., Tunkel, S. A., Kuczmierczyk, A. R. & Nicolaidis, K. H. (1999/august). Investigation of the cause of miscarriage and its influence on women's psychological distress. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 106, 808-813.
- Oliveira, C. (2014). O luto e seus destinos na atualidade. In E. Foguel (Org.), *Amor, desejo e gozo* (pp. 93-107). Salvador: Campo Psicanalítico.
- Oliveira, C. (2017). *Luto, subjetivações e biopolítica contemporânea*. Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade. 1a. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 99.
- Quayle, J. (2005). Gestantes de alto risco: a atuação do Psicólogo. Em Ismael, S. M. (Ed.). *A prática psicológica e sua interface com as doenças* (pp. 185-208) Casa do Psicólogo.
- Rabinovich, D. (2005). *A angústia e o desejo do Outro*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Reagan, J. (2003). From hazard to blessing to tragedy: representations of miscarriage in twentieth-century América. *Feminist studies*, 29(2), 356-378.
- Rodhen, F. (2000). *Uma Ciência da Diferença – sexo, contracepção e natalidade na Medicina da Mulher*. Tese de doutorado, Programa de Antropologia Social, UFRJ, Rio de Janeiro.
- Rubin, G. (2017). O tráfico de mulheres: notas sobre a economia política do sexo. In Rubin, G. [Autor], *Políticas do sexo*. São Paulo: Ubu Editora. (Original publicado em 1975).
- Rubin, G., & Butler, J. (2003). Tráfico sexual - entrevista. *Cadernos Pagu*, 0(21), 157-209.
- Safatle, V. (2021) A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. Em, da Silva Junior, N., & Dunker, C. (Orgs). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. (pp. 11-38) Autêntica Editora.
- Sauret, M. J. (2003). A pesquisa clínica em psicanálise. *Psicologia USP*, 14, 89-104.
- Schaefer, M. P., & Donelli, T. M. S. (2017). Psicoterapia mãe-bebê: uma intervenção no contexto da prematuridade. *Contextos Clínicos*, 10(1), 33-47.
- Sodré, M. (2017). *Pensar nagô*. Vozes Limitada
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Artes Médicas.
- Soler, C. (2005). *O que Lacan dizia das mulheres*. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.
- Souza, I. S. D. (2022). *Mulheres usuárias de drogas e o sequestro de seus filhos: interrogar a violência de estado numa perspectiva feminista*
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. Casa do Psicólogo.
- Teperman, D. (2020). Parentalidade para todos, não sem a família de cada um. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli, *Parentalidade* (1ª ed.). Autêntica.

- Teperman, D. (2020). Um laço chamado desejo. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli, *Laço* (1ª ed.). Autêntica.
- Thomas, J. (1995). The effects on the family of miscarriage, termination for abnormality, stillbirth and neonatal death. *Child: care, health and development*, 21(6), 413-424. Recuperado do Portal CAPES: www.periodicos.capes.gov.br.
- Van Haute, P. I. M. M., & Geyskens, T. A. L. (2016). *Psicanálise sem Édipo? Uma antropologia clínica da histeria nos trabalhos de Freud e Lacan*. Autêntica.
- Visintin, C. D. N., Inacarato, G. M. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2020). Imaginários de mulheres que sofreram perda gestacional. *Estilos da Clínica*, 25(2), 193-209.
- Vizinha, J. R. F. (2020). *Vivência psicológica de uma gravidez posterior a uma interrupção espontânea da gravidez: culpa, vergonha, luto perinatal e vinculação pré-natal* (Dissertação de mestrado).
- Volkmer, V. (2009). *Significados de maternidade para mulheres com trajetória reprodutiva marcada por perdas gestacionais recorrentes*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.
- Winnicott, D. W (2000). A preocupação materna primária, In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (pp.399-40). Imago. (Trabalho original publicado em 1956).
- Zanello, V. (2020). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Editora Appris.