



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE
CONTEMPORÂNEA

FERNANDA ANDRADE LEAL

ENTRE A MULHER E A MÃE:
reflexões sobre a vulnerabilidade psíquica das mulheres no pós-parto

Salvador-BA
2017

FERNANDA ANDRADE LEAL

**ENTRE A MULHER E A MÃE:
reflexões sobre a vulnerabilidade psíquica das mulheres no pós-parto**

Tese apresentada ao Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Cecília
Coorientadora: Prof.^a Dra. Mary Castro

Salvador-BA
2017

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

L435 Leal, Fernanda Andrade

Entre a mulher e a mãe: reflexões sobre a vulnerabilidade psíquica das mulheres no pós-parto/ Fernanda Andrade Leal. – Salvador, 2017.
135 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cecília de Sousa Bittencourt Bastos.
Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mary Garcia Castro.

1. Maternidade contemporânea 2. Pós-parto 3. Mãe ideal 4. Mulher
5. Vulnerabilidade psíquica I. Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação II. Bastos, Ana Cecília de Sousa Bittencourt – Orientadora III. Castro, Mary Garcia – Co-Orientadora
IV. Título.

CDU 316.356.2-055.26

TERMO DE APROVAÇÃO

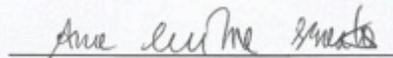
Fernanda Andrade Leal

**“Entre a mulher e a mãe: reflexões sobre a vulnerabilidade
psíquica das mulheres no pós-parto.”**

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em
Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

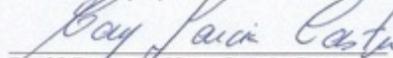
Salvador, 27 de novembro de 2017.

Banca Examinadora:



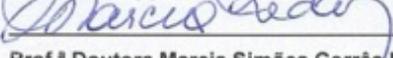
Prof.ª Doutora Ana Cecília de Sousa Bittencourt Bastos

Orientador(a) - (UCSal)

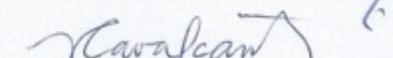


Prof.ª Doutora Mary Garcia Castro

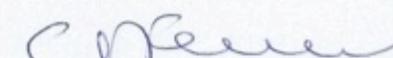
Coorientador(a) - UESB



Prof.ª Doutora Marcia Simões Corrêa Neder Bacha - UFMS



Prof.ª Doutora Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti - UCSAL



Prof.ª Doutora Cláudia Mascarenhas Fernandes – Instituto Viva Infância



Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes - UNIFACS

A Nando e Lipe, por enriquecerem com a alegria e a poesia que lhes são próprias, a minha experiência materna. Por me ensinarem, a cada dia, a cada momento, a cada etapa de suas vidas, que apesar das dificuldades e dos conflitos, as descobertas são surpreendentes. São eles que me lembram cotidianamente que é preciso momentos de descuido pois, de fato, “felicidade se acha é em horinhas de descuido” (Guimarães Rosa).

AGRADECIMENTOS

Ao amigo Menezes (Maso). Tentaram nos afastar, mas aqui a amizade é forte. Obrigada pela generosidade e disponibilidade de sempre. Nossa amizade foi uma das grandes coisas que conquistei ao longo dos meus anos como pesquisadora.

À Mary, minha orientadora, excelente nas suas colocações, sempre cheias de afetos e verdades. Minha amiga. Uma amizade que foi crescendo nas nossas conversas sobre mulheres, mães, filhos e família. Uma feliz descoberta, dessas que a gente não sabe nem como agradecer.

Aos meus pais, Gal e Fernando. Pais dedicados e sempre cheios de carinho e amor. Daquele amor que a gente sabe que tem, de uma certeza que conforta o coração. Obrigada pelo apoio de sempre.

A Lipe, filho de coração, com quem primeiro aprendi os desafios e as belezas da maternidade. Pessoa mais que especial mesmo tão jovem. Desses que a gente quer ter sempre por perto.

A Nando, meu filho. Com quem descobri que uma canção é capaz de muito mais do que um sorriso; é capaz de traçar caminhos cheios de poesia... Pessoa única! Tão novo e impressionantemente cheio de sabedorias. Detentor de um carinho e um sorriso que desarma qualquer um.

E, por fim, a Fred, por tudo! Pelos melhores presentes, Nando e Lipe. E, sobretudo, por me ensinar que o que importa mesmo são as pessoas que temos acolhidas no coração, e os momentos de descuidos que nos permitimos ao lado delas.

“Qualquer amor já é um pouquinho de saúde,
um descanso na loucura”.
(Guimarães Rosa)

RESUMO

LEAL, Fernanda. **Entre a mulher e a mãe: reflexões sobre a vulnerabilidade psíquica das mulheres no pós-parto**. 135p. Tese (Doutorado) – Universidade Católica do Salvador, 2017.

Essa tese surge das inquietações suscitadas a partir da prática clínica psicanalítica da pesquisadora, mais especificamente, nas escutas de mulheres em estado puerperal e ao longo dos primeiros anos de vida do bebê, bem como da literatura produzida sobre essa temática. Percebe-se que o testemunho clínico contrasta fortemente com a premissa disseminada nas sociedades psicanalíticas de que para Sigmund Freud a mulher alcança sua feminilidade e se realiza como mulher quando por fim se torna mãe. A presente tese, então, tanto discute a premissa freudiana que equivale mãe e mulher, o que colabora para estabelecer um modelo normativo de mãe, quanto mais investiga, em literatura de diversas vertentes, o debate sobre a idealização da maternidade, que aparece como um dos construtos que fazem do puerpério um período de intensa vulnerabilidade psíquica. A hipótese sustentada é de que a vulnerabilidade psíquica do pós-parto corresponde a um estado psicológico materno próprio das sociedades contemporâneas ocidentais. Partindo dessa hipótese, a pesquisadora procura identificar na literatura o que a psicanálise freudiana oferece para tal reflexão. Para tal percurso são priorizados cinco discursos: a) o lugar que a mãe e a mulher ocupam na teoria freudiana, a partir de obras selecionadas de Sigmund Freud que abordam o tema do feminino e da histeria; b) o lugar da mãe e da mulher na história da psicanálise, a partir da historiadora francesa Elisabeth Roudinesco e do psicanalista francês Jacques Lacan; c) a história da construção do mito da maternidade na sociedade ocidental, a partir da historiadora e feminista francesa Elisabeth Badinter; d) a abordagem sociológica sobre a maternidade, a partir da socióloga, feminista e psicanalista americana Nancy Chodorow; e) as particularidades do campo materno que a psicologia perinatal trouxe à luz; e, por fim, f) o lugar do pai no contexto perinatal. Tal percurso subliminarmente se faz por um tipo de leitura que decola da experiência clínica. O material clínico que serve à análise proposta, no entanto, advém da própria literatura acessada e não da clínica pessoal da pesquisadora. Trata-se, portanto, de uma pesquisa psicanalítica combinada à pesquisa documental de base bibliográfica.

Palavras-chave: maternidade contemporânea, pós-parto, mãe ideal, vulnerabilidade psíquica, mulher.

ABSTRACT

LEAL, Fernanda. **Between woman and mother: reflections on the women psychic troubles in the postpartum.** 135p. Thesis (PhD) – Universidade Católica do Salvador, 2017.

This thesis arises from concerns that arose from the researcher psychoanalytic clinic practice, more specifically, about women in the puerperal state and during the first years of the baby's life, as well as the literature produced on this subject. It has been observed that the clinical testimony contrasts strongly with the premise disseminated by psychoanalytic societies that for Sigmund Freud the woman reaches its femininity and she feels realized as woman when she becomes mother. The present thesis, therefore, discusses both the Freudian premise that supposes to be equivalent the mother and the woman, collaborating to establish a normative model of mother, as well as, investigate in literature from various perspectives, the debate about the idealization of motherhood, which appears as one of the constructs that make the puerperium a period of intense psychic vulnerability. The main hypothesis is that the postpartum psychic vulnerability corresponds to a maternal psychological state proper to contemporary western societies. Starting from this hypothesis, the researcher seeks to identify what Freudian psychoanalysis offers for such reflection. For this discussion five discourses are focused: a) the place that the mother and the woman occupy in the Freudian theory, taking into account selected works of Sigmund Freud on the feminine and the hysteria; b) the place of mother and woman in the history of psychoanalysis, based on the french historian Elisabeth Roudinesco and the french psychoanalyst Jacques Lacan; c) the history of the myth of motherhood construction in western society, taking from the perspective of the french feminist historian Elisabeth Badinter; d) the sociological approach to motherhood, as it is approached by the american sociologist, feminist and psychoanalyst Nancy Chodorow; e) the particularities of the maternal field that the Perinatal Psychology has brought to light; and, finally, f) the father's place in the perinatal context. This discussion is based on reflections that take into account the clinical experience. The clinical material that serves to the analysis proposed, however, comes from the literature itself and not from the researcher personal clinic. It is, therefore, a psychoanalytic research combined with bibliographic-based documentary research.

Keywords: contemporary maternity, postpartum, ideal mother, psychic vulnerability, woman.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	11
PARTE 1 – LITERATURA E MÉTODO.....	16
2. O MÉTODO	17
2.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA – APORTES DO MÉTODO PSICANALÍTICO	19
2.2. DA ESCOLHA DOS AUTORES E SUAS OBRAS.....	22
2.3. DELIMITAÇÕES DO OBJETO	26
2.3.1. O puerpério ou estado puerperal	27
3. UM OBJETO DE ESTUDO CHAMADO MÃE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	30
3.1.A PSQUIATRIA PERINATAL DO SÉCULO XIX E O ENIGMA DA PUERPERALIDADE	31
3.2 A DOENÇA NORMAL DO PUERPÉRIO POR WINNICOTT.....	35
3.3 A MÃE E A AMBIVALÊNCIA MATERNA	38
PARTE 2 – A MÃE E A MULHER NA PERSPECTIVA DE FREUD	41
4. MATERNIDADE X FEMINILIDADE: A TESE FREUDIANA EM QUESTÃO	42
4.1 O PROTÓTIPO DISSIMÉTRICO MASCULINO	42
4.2 FEMINILIDADE: DA CASTRAÇÃO AO ÉDIPO.....	46
4.3 MULHER FREUDIANA: MATERNIDADE OU RECALQUE?	47
5. HISTERIA: ENTRE LOUCURA E REVOLTA FEMININA	52
5.1 SINTOMAS HISTÉRICOS.....	54
5.1.1. Psiquismo freudiano	56
5.2 O SOCIAL EM FREUD	58
PARTE 3 – A MULHER E A MÃE EM PERSPECTIVA HISTÓRICA E SOCIOLÓGICA	61
6. DO PODER PATRIARCAL À MATERNIDADE ATUAL	62
6.1 O CENÁRIO.....	63
6.2 A FAMÍLIA FREUDIANA.....	64
6.3 A MATERNIDADE E A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO.....	67
7. A MÃE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	74
7.1 A HERANÇA HISTÓRICA DA MÃE: CONCEPÇÃO ACERCA DA CRIANÇA E MODELOS DE MATERNAGEM CORRESPONDENTES	75
7.2 A NOVA MÃE	79
7.2.1. A dupla jornada feminina	80

7.2.2. A mãe ideal	85
PARTE 4 – A ABORDAGEM PSICOLÓGICA E PSICANALÍTICA DA MÃE E DA MULHER	90
8. O CAMPO MATERNO 91	
8.1 O PSIQUISMO MATERNO PRÉ-NATAL	92
8.2 O BLUES PÓS-NATAL.....	95
8.2.1 Luto e humor depressivo	98
9. O PAI E O ENTORNO DA MÃE	102
9.1 O PAI E O BEBÊ.....	103
9.2 O PAI: AMBIENTE MATERNO.....	105
9.3 A CARÊNCIA DO PAI E A VULNERABILIDADE PSÍQUICA MATERNA	110
10. REFLEXÕES FINAIS	116
10.1. ONDE FREUD NOS CONDUZ	117
10.2. MATERNIDADE, O CENÁRIO DA SUBMISSÃO: CONTRIBUIÇÕES DA HISTÓRIA, DOS CRÍTICOS DA PSICANÁLISE E DAS PESQUISAS ATUAIS	120
10.3. WINNICOTT E OS CONTEMPORÂNEOS – O PSIQUISMO MATERNO E O LUGAR DO PAI E DO CASAL.....	123
10.4. CONCLUINDO.....	128
REFERÊNCIAS	130

1. APRESENTAÇÃO

Essa tese surge das inquietações suscitadas a partir de minha prática clínica psicanalítica. Mais especificamente, nas escutas de mulheres em estado puerperal e ao longo do primeiro e segundo ano de vida do bebê.

Nessa escuta, pude verificar como essas mulheres se apresentavam emocionalmente vulneráveis, chegando por vezes a manifestar patologia psíquica grave, como depressão. Uma preocupação se impôs: por que uma experiência reconhecida como a mais realizadora na vida de uma mulher, a saber, o nascimento do filho, é tantas vezes vivida a partir de certa tristeza materna? Por que encontramos esse estado de vulnerabilidade psíquica, e até mesmo uma patologia psíquica, justamente num momento em que acreditamos ser de plena realização e felicidade?

O testemunho clínico contrasta fortemente com a premissa disseminada nas sociedades psicanalíticas de que, para Sigmund Freud, a mulher alcança sua feminilidade e se realiza como mulher quando por fim se torna mãe.

De fato, para Freud, a menina alcança sua feminilidade quando substitui seu desejo, inicialmente masculino de ter um pênis, pelo desejo de ter um bebê, primeiro do pai, e posteriormente, um bebê do seu objeto de amor na vida adulta. É sua a reflexão de que:

Não é senão com o surgimento do desejo de ter um pênis que a boneca-bebê se torna um bebê obtido de seu pai e, de acordo com isso, o objetivo do mais intenso desejo feminino. Sua felicidade é grande se, depois disso, esse desejo de ter um bebê se concretiza na realidade (FREUD, 1933, p. 128).

Com tal afirmação, emblemática de outras com a mesma orientação, Freud parece conjugar o destino feminino a um fim biológico, o de ser mãe. Mas a fragilidade de sua teoria se manifesta de imediato, sobretudo, considerando que ter um bebê não necessariamente significa ser mãe.

Note-se que a tese que identifica ser mulher a ser mãe, que se afirma ser a de Freud (ANDRÉ, 1998; ZAFIROPOULOS, 2009), foi, no entanto, exaustivamente debatida e desconstruída entre autores contemporâneos (ANDRÉ, 1998; ASSOUN, 2003; ZAFIROPOULOS, 2010, 2013). Como assinala André (1998, p. 198):

Pode-se sublinhar, aliás, uma outra fragilidade do raciocínio freudiano: fiando-se na identificação materna (...) para guiar a filha no sentido da realização de sua feminilidade, ele deixa, em suma, as chaves da feminilidade aos cuidados do desejo de ser mãe. *O tornar-se mulher confunde-se aqui com um tornar-se mãe.* [...] Esta tese, é preciso reconhecer, não se aplica à prova do real de nossa clínica.

Quando me aproximo de qualquer definição do que é mãe e do que se compreende por maternidade, na obra de Freud, reconheço certa idealização. Observo que a mãe e a maternidade (assim como a mulher) se encontram à mercê daquela premissa, que os especialistas reconhecem Freud como seu porta-voz, ou seja, de que mulher e mãe seriam complementares e equivalentes, e que uma realiza a outra, pois assim seu corpo as projetou.

Esta tese pretende, então, tanto discutir a premissa freudiana que equivale mãe e mulher, e colabora para estabelecer um modelo normativo de mãe, construído sobre os alicerces da perfeição e que concebe qualquer experiência ou realidade que escape a esse formato como da ordem da patologia, bem como investigar em literatura de diversas vertentes o debate sobre a idealização da maternidade, que, a meu juízo, seria como um dos construtos que fazem do puerpério um período de intensa vulnerabilidade psíquica.

Dito de outro modo, o ideal materno pesa sobre a recente mãe de tal maneira que a fragiliza emocionalmente. Tal construto, quando associado a outros – que vão desde as alterações físicas e hormonais, até às sociais, familiares, psicológicas, entre muitos – modela um ideal materno que pode incidir sobre a mãe de forma a induzir ao adoecimento, dando lugar, reitero, ao surgimento de patologias psíquicas, tais como a depressão e a psicose puerperal. A própria clínica nos direciona para a complexidade em torno do objeto mãe e mulher, que questionaria tal idealização e modelagem normativa da mulher mãe.

A questão que proponho pode ser descrita nos seguintes termos: a psicanálise freudiana contribuiu de certa forma para o surgimento de um mito materno que atualmente funciona como um dos construtos que fazem do puerpério um período de vulnerabilidade psíquica da mãe. Essa questão se impõe como vetor que direciona as reflexões da presente tese, buscando refletir sobre a especificidade psíquica da mãe no puerpério.

A hipótese que sustento é de que a vulnerabilidade psíquica do pós-parto é resultado do novo modelo de maternidade que ao longo dos últimos séculos foi sendo estabelecido como um modelo da mãe ideal. Nesse modelo, a mãe deve abdicar de si mesma enquanto sujeito, enquanto mulher, para dedicar-se exclusivamente à maternidade. Como a mulher não se resume ao biológico – o que quer dizer que a maternidade não se trata de algo que acontece naturalmente, como quiseram crer os cientistas dos séculos passados –, para o acontecimento da maternidade a mulher necessita de um tempo, um tempo de elaboração psíquica. Um tempo, eu diria, de preparação psicológica para o que a maternidade propõe à mulher, no modelo normativo do mundo contemporâneo.

Dito de outro modo, sugiro como hipótese que a vulnerabilidade psíquica do pós-parto corresponde a um estado psicológico materno próprio das sociedades contemporâneas ocidentais.

Partindo desse pressuposto, e a partir do método bibliográfico documental de corte psicanalítico, procuro identificar o que a psicanálise freudiana oferece para tal reflexão. O percurso proposto, no entanto, não é linear, nem restrito ao discurso psicanalítico. Priorizo para esse percurso cinco discursos: a) o lugar que a mãe e a mulher ocupam na teoria freudiana, a partir de obras selecionadas de Sigmund Freud que abordam o tema do feminino e da histeria; b) o lugar da mãe e da mulher na história da psicanálise, a partir da historiadora francesa Elisabeth Roudinesco e do psicanalista francês Jacques Lacan; c) a história da construção do mito da maternidade na sociedade ocidental a partir da historiadora feminista francesa Elisabeth Badinter; d) a abordagem sociológica sobre a maternidade, a partir da socióloga, feminista e psicanalista americana Nancy Chodorow; e) as particularidades do campo materno que a psicologia perinatal trouxe à luz; e, por fim, f) o lugar do pai no contexto perinatal. Tal percurso subliminarmente se faz por um tipo de leitura, que decola da experiência clínica, colaborando para a eleição de tópicos no processo.

Desta forma, divido a tese em quatro partes: 1) Literatura e Método; 2) A mãe e a mulher em Freud; 3) A mãe e a mulher em perspectiva histórica e sociológica, e o ideal contemporâneo de maternidade; e 4) Abordagem psicológica e psicanalítica da mãe e da mulher.

Na parte 1, encontram-se os capítulos *O método* (Capítulo 2) e *Um objeto de estudo chamado mãe: uma revisão bibliográfica* (Capítulo 3). No capítulo 2, detalho o percurso indicado, adiantando que sua construção segue orientação interdisciplinar, proposta de articulação entre diversos campos do saber, considerando que a psicanálise sozinha não poderia oferecer uma reflexão sobre o psiquismo materno no pós-parto que levasse em conta a complexidade do campo que circunscreve o materno. Talvez uma das razões para essa observação esteja relacionada ao fato de a mãe nunca ter sido efetivamente, para Freud, um objeto de estudo. Nesse capítulo sobre o caminho metodológico, atendo-me à metodologia de pesquisa, às escolhas dos autores e suas obras, e à análise privilegiada para a problematização proposta.

Já no capítulo 3, procedo a uma revisão da literatura com o objetivo de destacar obras, pesquisas e teorias acerca da mãe, da mulher e do puerpério, em trabalhos clássicos e contemporâneos. Organizo essa revisão a partir de três discursos: a) o psiquiátrico, que tem como objeto as patologias psíquicas do puerpério, de onde se pode delimitar o que se convém

denominar o estado puerperal, tão importante à análise proposta; b) o do pediatra e psicanalista inglês Donald Winnicott, que tem como foco a relação entre mãe e bebê; e, c) o de estudos e pesquisas científicas que interpelam, à sua maneira, a equivalência suposta entre mãe e mulher, conduzindo a questão da ambivalência materna ao cerne da problematização.

Na parte 2, alinham-se o capítulo *Feminilidade x Maternidade – A tese freudiana em questão* (Capítulo 4), onde apresento o passo a passo das descobertas freudianas sobre a sexualidade feminina que supostamente resultaria na famosa tese, qual seja, como já frisado, o se fazer mulher pela maternidade; e o capítulo *Histeria: entre loucura e revolta feminina* (Capítulo 5), no qual abordo a teoria freudiana sobre a histeria, trazendo a análise de um caso clínico de Freud que mostra sintomas histéricos associados às demandas da maternidade.

A parte 3 comporta *Do poder patriarcal à maternidade atual* (Capítulo 6) e *A mãe ideal* (Capítulo 7). No primeiro, trago à baila o cenário histórico e social que alimentou os constructos freudianos que fundamentam a apreensão que se tem da mulher e da mãe na psicanálise, na tentativa de refletir sobre a hipótese de que o nascimento da psicanálise contribuiu para reforçar uma nova concepção da maternidade. Esse cenário é explorado tendo em conta as obras de Elisabeth Roudinesco (2003, 2014), Jacques Lacan (1938), Elisabeth Badinter (1985, 2014), Nancy Chodorow (2002) e Yvonne Knibiehler (2000).

No segundo, inicialmente apresento o panorama histórico da maternidade do século XVI ao século XX, a partir da análise de Elisabeth Badinter (1985), onde é possível identificar a estreita relação entre a condição da mãe e a concepção do ser criança, específica a cada momento histórico; e, posteriormente, realizo uma reflexão sobre a situação da mãe na sociedade contemporânea, levando em conta a dupla jornada de trabalho feminina, a partir da crítica apresentada por Chodorow (2002) e as pesquisas sociológicas realizadas em contextos de famílias brasileiras.

Na parte 4, com o capítulo *O campo materno* (Capítulo 8), adentro nas colaborações de alguns importantes autores da psicologia que se preocuparam com o estudo das particularidades das relações humanas e das psicopatologias relacionadas ao ciclo gravídico puerperal (BYDLOWSKI, 2002, 2010; MISSONNIER, 2012; DROSSART, 2012).

Essa psicologia percebe o nascer humano de uma forma interdisciplinar, e se concentra, sobretudo, no encontro entre a origem de um sujeito e o processo de parentalidade que a acompanha. O capítulo se apresenta como particularmente revelador de conceitos e teorias pouco conhecidos para além dos limites da psicologia clínica perinatal e da psiquiatria perinatal.

É nesse capítulo que a noção de *baby blues* se destaca por seu caráter não patológico, aproximando-se mais de uma necessidade, e até mesmo de um recurso psicológico diante das transformações que a maternidade parece solicitar da mulher, no mundo contemporâneo.

Já no capítulo *O pai e o ambiente materno* (Capítulo 9) procuro apresentar a forma como o pai é abordado em algumas obras de Winnicott e Lebovici. Destaco a relevância do pai para o desenvolvimento infantil, mas, sobretudo, para a saúde materna, ao mesmo tempo em que trago ao debate não apenas a relação entre mãe e bebê e pai e bebê, mas, especialmente, a dimensão do casal.

E, por fim, no último capítulo, intitulado *Reflexões finais* (Capítulo 10), resgato os debates realizados, destacando o que os saberes privilegiados ao longo da tese de fato oferecem para refletir sobre a vulnerabilidade do puerpério e as possíveis patologias psíquicas que podem advir nesse período tão delicado da vida da mulher.

PARTE 1
LITERATURA E MÉTODO

2. O MÉTODO

Quando falamos de método, referimo-nos ao caminho a ser seguido para se chegar ao objetivo esperado. Para isso, “devemos estar bem equipados, pois não podemos prever de antemão todos os percalços e desditas que a empreitada nos reserva” (CECCARELLI, 2012, p. 137). Para não nos perdermos, precisamos de uma metodologia: um conhecimento sobre o caminho a ser seguido. Mas não se trata de qualquer método, pois, como sinaliza Renato Mezan (2002), psicanalista brasileiro e professor titular da PUC-SP, que serve de base para as minhas argumentações metodológicas:

Cada ciência constrói uma racionalidade própria para dar conta dos objetos que lhe compete investigar, e, portanto, esses objetos não podem apresentar todos a mesma estrutura, nem lhes pode convir o mesmo método. [...] Porque o modo de ser do objeto matemático não é o mesmo que do objeto natural, do objeto social ou do objeto psíquico. A ciência é uma construção, mas não aleatória; ela deve respeitar o modo de ser próprio à região da realidade em que se situa o objeto, e abordá-la com um método que ponha em evidência suas propriedades específicas (p. 444-445).

Considerando essa reflexão, a questão: qual o método que melhor se adequa a uma pesquisa que se constitui a partir da clínica psicanalítica? Qual o melhor método para abordar um objeto clínico, compreendido como manifestação inconsciente dos sujeitos em questão, a saber, a vulnerabilidade da mãe no puerpério?

De fato, trata-se de um objeto clínico, mas a análise proposta em relação a esse objeto não se restringe ao olhar da psicanálise, e menos ainda a um estudo de caso clínico. Proponho uma pesquisa teórica, que tem como objetivo trazer ao debate a equação mãe/mulher como construto que favorece a vulnerabilidade psíquica do pós-parto, a partir do diálogo entre Freud e alguns autores selecionados, tais como, Elisabeth Badinter (1985, 2011), Nancy Chodorow (2002), Elisabeth Roudinesco (1985, 2014), e Jacques Lacan (1938). Ou seja, ao invés de casos clínicos, sugiro uma análise bibliográfica, seguindo o método documental, considerando algumas obras desses autores, que serão discriminadas a seguir.

Isto posto, reformulo a questão: qual o método que melhor se adequa a uma pesquisa bibliográfica com uma abordagem interdisciplinar em torno de um objeto psíquico? E por que não empreender uma pesquisa psicanalítica? Com o objeto e objetivo delineados, estamos no caminho da pesquisa psicanalítica.

Confesso que a princípio me senti temerosa em empreender tal feito, ou seja, a combinação de um método bibliográfico e documental de orientação interdisciplinar, com

uma abordagem psicanalítica. Entretanto mesmo em se tratando de uma pesquisa que extrapola os muros do consultório psicanalítico, e mesmo em se referindo a um estudo que se pretende teórico, pude verificar, a partir de alguns artigos sobre pesquisa em psicanálise (CECCARELLI, 2012; BIANCO, 2003; DOCKHORN, MACEDO, 2015; MEZAN, 2002, 2006; DINIZ, 2011), que mais do que adequada, essa empreitada era necessária.

Mezan (2002, 2006) não apenas dá mostras de que é possível realizar pesquisa em psicanálise sem perder em nada para os cânones do método científico, como também realiza um levantamento das teses que ele mesmo orientou e as classifica em algumas categorias para demonstrar a variedade de formas e assuntos sobre os quais é possível realizar uma pesquisa psicanalítica. E o que se observa com esse levantamento é que o território da pesquisa em psicanálise é diverso, como bem anuncia Mezan:

Vê-se que o território da pesquisa em psicanálise é bastante heterogêneo, indo do estudo aprofundado de uma história de vida à análise de condições que afetam um determinado grupo, selecionado por faixa etária ou por algum traço comum (militantes políticos, homens vasectomizados, pacientes terminais, etc.). Alguns trabalhos examinam conceitos centrais da nossa disciplina; outros abordam mais diretamente a prática clínica, do lado do analista ou do paciente; outros ainda focalizam estruturas psicopatológicas, relações socialmente importantes (professor/aluno, médico/paciente) ou a clínica em instituições. Na vertente “psicanálise aplicada”, temos estudos sobre literatura, teatro e artes plásticas, enquanto na vertente histórica são discutidos autores e/ou escolas importantes (2006, p. 233).

No presente trabalho é possível reconhecer a presença de algumas categorias que Mezan (2006) dispõe em seu artigo, tais como: teses teóricas que focalizam, em especial, questões metapsicológicas; teses sobre questões de psicopatologias e sobre fenômenos específicos a certos grupos e teses sobre a interface psique/sociedade.

Essas três categorias de alguma forma refletem a análise presente neste trabalho, pois:

- a) o objeto desta tese se refere a um fenômeno específico a certo grupo, ou seja, a vulnerabilidade psíquica das mães no pós-parto;
- b) trata-se de uma abordagem teórica que foca em aspectos metapsicológicos, pois, para abordar a vulnerabilidade psíquica foi necessário recorrer à metapsicologia freudiana, sobre o funcionamento do aparelho psíquico e o papel do recalque da dinâmica psíquica, assim como foi necessário recorrer aos conceitos freudianos de Complexo de Édipo e castração, e à teoria freudiana do desenvolvimento sexual feminino e feminilidade;
- e, c) a tese se orienta por documentar uma constante interface psique/sociedade no debate entre autores da história, psicanálise e sociologia, a partir,

sobretudo, da condição da mãe e da mulher no século XIX, como pano de fundo das construções freudianas a respeito do feminino e materno.

Resta saber o que de fato caracteriza uma pesquisa em psicanálise se não é o tema que a define: o que determina se uma tese pode ser uma investigação psicanalítica; se ela pode se desdobrar em diversas áreas; estabelecer diálogos com outras ciências e traçar objetivos que extrapolam o campo da clínica?

Para o psicanalista Roberto Ceccarelli (2012), “o que marca a diferença em uma pesquisa psicanalítica é o objeto de pesquisa: para a psicanálise, o objeto de pesquisa é o inconsciente; melhor dizendo, as manifestações do inconsciente” (p. 141). É, portanto, a subjetividade, a dinâmica psíquica que encontramos por detrás dos fenômenos que podem ser observados na clínica, mas também fora dela. Trata-se de um objeto psíquico. Desta forma, podemos concluir com a ajuda desse artigo de Mezan (2006), que o centro das pesquisas denominadas psicanalíticas é “a clínica *stricto sensu*, a qual se encontra presente mais explicitamente em algumas, mais indiretamente em outras. Pois é nela e dela que surgem os conceitos cardeais da psicanálise, os instrumentos com que opera qualquer pesquisa em nossa disciplina” (MEZAN, 2006, p. 233).

Dito de outro modo, uma pesquisa psicanalítica deve necessariamente partir de uma questão clínica, e ao mesmo tempo, deve utilizar os conceitos psicanalíticos como constructos metodológicos, o que resulta no método psicanalítico ou método clínico. Por essa razão é que no presente trabalho será utilizado o método psicanalítico combinado à pesquisa documental de base bibliográfica.

2.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA – APORTES DO MÉTODO PSICANALÍTICO

A investigação psicanalítica orienta-se a partir do método indutivo. “A prática clínica é obviamente indutiva, e a construção do conhecimento inicial de uma determinada disciplina só pode ser indutiva” (MEZAN, 2002, p. 438). Esse método parte da observação do imediato, ou seja, de um fenômeno que chama a atenção, a partir do qual o observador se questiona acerca do porquê de as coisas serem como são. Dessa questão são modeladas hipóteses, que implicam conceitos de onde surge a construção do conhecimento em torno do fenômeno em destaque.

Em minha experiência clínica, o fenômeno que se destaca é a presença marcante de uma sensibilidade emocional nas mulheres, principalmente no período do pós-parto, mas uma sensibilidade que se estende, por vezes, durante um período ainda maior, chegando a se

manifestar ao logo do primeiro e até segundo ano de vida da criança. Refiro-me a essa sensibilidade como um estado de vulnerabilidade psíquica, que pode ser descrita como um estado psicológico em que a mulher se encontra mais suscetível do que o habitual às psicopatologias de gravidade significativa, tais como a depressão.

Além de uma realidade de vulnerabilidade psíquica que corresponde a uma certa instabilidade emocional, observei o quanto esse estado psicológico vinha igualmente acompanhado de culpas e autorrecriminações que frequentemente ganhavam proporções muitas vezes adoecedoras.

Encontrar um estado mental associado à maternidade, um estado que favorece o surgimento de patologias psíquicas, contrastava de modo veemente com a tese freudiana de que o bebê é o objeto tão desejado pela mulher. Uma questão se impôs: por que encontramos esse estado psíquico vulnerável justamente nesse momento de nascimento do bebê, se Freud nos fez crer que é exatamente um bebê que a mulher deseja? É verdade que essa premissa freudiana já foi amplamente discutida e criticada. O próprio Freud não parecia muito bem convencido de que esse é o fim natural da mulher. “Isto é tudo o que eu tinha a dizer-lhes a respeito da feminilidade. Certamente está incompleto e fragmentário, e nem sequer agradável” (FREUD, 1933, p. 134).

Além disso, a literatura, como poderão verificar na revisão bibliográfica, ocupa-se, em sua grande maioria, das patologias do puerpério. E apesar de reconhecerem a vulnerabilidade psíquica nesse período delicado, poucos se empenham numa reflexão mais interessada sobre tal estado de suscetibilidade, e menos ainda sobre a possível correlação entre a vulnerabilidade materna e as exigências de um modelo socialmente esperado de maternidade. Resolvi, portanto, dedicar-me a essa problemática.

Questionava-me sobre os motivos desse silêncio. Muito se fala das patologias. Mas é o comum? A vulnerabilidade psicológica do puerpério, que frequentemente encontramos, segundo a própria revisão de literatura (CANTILINO et al., 2010), o que dizer sobre ela? O que ocorre intimamente nas mães que as fazem sempre, de certa forma, mais ou menos instáveis emocionalmente?

O mutismo generalizado sobre as mudanças experimentadas psicologicamente pelas mães foi ressaltado pelo psiquiatra e psicanalista americano Daniel Stern, que traduz claramente o sentimento que, volta e meia, atinge-me ao escutar essas mães. Faço minha as suas palavras:

Os profissionais da saúde e a sociedade como um todo não conseguiram abordar essa experiência psicológica íntima. A sociedade fala facilmente das náuseas do início da gravidez, da descida do leite dolorosa ou da exaustão pós-natal. Discutimos publicamente as vantagens do aleitamento ou do bico; debatemos a oportunidade, para uma mãe, de retornar ao trabalho a tal e tal momento. Lutamos às vezes sobre a cena política para obter cuidados médicos e melhor licença parental, mas somos estranhamente mudos sobre as transformações frequentemente radicais que surgem na vida interior de uma mãe. E, no entanto, não é sobre esse reino interior que as mães vivem verdadeiramente, confrontadas com as ondas estranhas de angústia, de desejo e de incerteza que acompanham a vida diária com um recém-nascido?¹ (STERN; BRUSCHWEILER-STERN, 2008, p. 24-25).

Então por que o mutismo? Por que destacar apenas o patológico, se antes encontramos a vulnerabilidade numa incidência ainda maior do que as depressões (tema desenvolvido no Capítulo 3), por exemplo? O que está por detrás desse estado vulnerável, sobre o qual não se pode ou não se quer falar?

Esses questionamentos evidenciam de imediato que algo escapa. Algo escapa sobre a maternidade ou sobre a mulher, não sei ao certo. Mas os fatos e os dados não me deixam mentir que sobre a mulher resta alguma coisa sem resposta, sobretudo no que tange à sua maternidade.

A partir dessas inquietações, busquei isolar alguns elementos que de alguma forma se encontravam associados, ao meu juízo, ao estado de vulnerabilidade psíquica puerperal. Subdividi esses por temas que me parecem colaborar para explorar questões relacionadas ao estado de dúvidas antes perfilhado, e que serão objetos de análise:

1. A mulher – a. A tese freudiana que equivale mãe/mulher; b. A concepção de feminino e mulher no período de surgimento da psicanálise; c. A condição social da mulher na história;
2. A mãe – a. O ideal materno; b. O conflito mãe/mulher; c. O entorno da mãe;
3. O puerpério – a. As patologias psíquicas puerperais; b. O *baby blues*; c. As operações psicológicas do materno no pós-parto.

A partir dessa tipologia temática, estabeleci três categorias discursivas a partir das quais se inscrevem os capítulos da tese: 1) a mãe e a mulher em Freud; 2) a mãe e a mulher em perspectivas históricas e sociológicas e o ideal contemporâneo de maternidade; e, 3) a mãe

¹ “Les professionnels de la santé et la société dans son ensemble n’ont pas su non plus aborder cette expérience psychologique intime. La société parle facilement des nausées du début de grossesse, des montées de lait douloureuses ou de l’épuisement post-natal. Nous discutons publiquement des avantages de l’allaitement ou du biberon; nous débattons de l’opportunité, pour une mère, de retourner travailler à tel ou tel moment. Nous nous battons parfois sur la scène politique pour obtenir des soins médicaux et des congés parentaux meilleurs, mais nous sommes étrangement muets sur les transformations souvent radicales qui surviennent dans la vie intérieure d’une mère. Et pourtant, n’est-ce pas dans ce royaume intérieur que les mères vivent vraiment, confrontées à d’étranges vagues d’angoisse, de désir et d’incertitude qui accompagnent la vie au jour le jour avec un nouveau-né?” (Tradução livre da pesquisadora).

e a mulher pelo viés dos processos psicológicos associados à maternidade.

Para além da abordagem freudiana e psicológica, a análise histórica e sociológica sobre a equação mãe/mulher, assim como a questão do ideal da mãe, apresentam um valor exemplar, e o interesse em estudá-los consiste em apontar padrões, estruturas e correspondências que, uma vez estabelecidas, podem servir de guia para a percepção de algo equivalente na observação clínica, que se fundamenta no campo da psicanálise. Desta forma, acredito que esses pontos de vista sobre o fenómeno da vulnerabilidade psíquica puerperal oferecem ferramentas para o entendimento de relações relevantes entre conteúdos psíquicos, e/ou entre estes e os mecanismos responsáveis por sua produção.

Para a modelação metodológica, portanto, utilizei as categorias discursivas descritas acima como critério de seleção da fonte bibliográfica, advertindo que a limitação do tempo, que me impossibilitaria investigar a arqueologia da equação problema “mãe, mulher e puerpério”, levou-me a restringir o campo de referências àqueles autores e obras que mais diretamente teriam a ver com essa equação.

Segundo Sá-Silva et al. (2009, p. 5), como se trata de uma pesquisa bibliográfica, o norte são os “documentos de domínio científico tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos” que servem de “fontes de informações, indicações e instrumentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de provas para outros”, sendo assim, servem de material para coleta de dados, ou melhor, de ideias teóricas e que neste plano se considera que melhor problematizem a equação objeto desta tese.

2.2. DA ESCOLHA DOS AUTORES E SUAS OBRAS

Como escolha metodológica, delineei a construção dos capítulos a partir da utilização dos textos e autores obedecendo a uma lógica que eu chamarei de associativa, eminentemente psicanalítica, tendo em vista que segue exatamente a técnica utilizada na prática clínica, a saber, a associação livre.

A associação livre corresponde ao método de investigação dos conteúdos inconscientes que se encontram na origem das formações dos sintomas neuróticos, aqueles analisados por Freud. A associação livre ou livre associação obedece à regra, que no tratamento analítico deve ser comunicada desde o começo ao paciente, de dizer tudo que lhe vier à cabeça, sem restrições morais quanto ao seu conteúdo. Segundo as palavras de Freud:

O que vai me dizer deve diferir, sob determinado aspecto, de uma conversa comum. Em geral, você procura, corretamente, manter um fio de ligação ao longo de suas observações e exclui quaisquer ideias intrusivas que lhe possam ocorrer, bem como quaisquer temas laterais, de maneira a não divagar longe demais do assunto. Neste caso, porém, deve proceder de modo diferente. Observará que, à medida que conta coisas, ocorrer-lhe-ão diversos pensamentos que gostaria de pôr de lado, por causa de certas críticas e objeções. Ficarà tentado a dizer a si mesmo que isto ou aquilo é irrelevante aqui, ou inteiramente sem importância, ou absurdo, de maneira que não há necessidade de dizê-lo. Você nunca deve ceder a estas críticas, mas dizê-lo apesar delas – na verdade, deve dizê-lo exatamente *porque* sente aversão a fazê-lo (FREUD, 1996, p. 149-150).

Em se tratando de uma pesquisa psicanalítica, o método freudiano resulta num processo de construção teórica no qual as ideias obedecem à regra da associação livre, ou seja, uma ideia leva à outra, de forma livre, cabendo ao pesquisador estabelecer o vínculo associativo que pode existir entre eles e de que forma essas ideias podem ser incluídas no corpo teórico em construção. A princípio, as ideias que surgem de forma associativa são analisadas, debatidas e problematizadas. Busca-se o que elas têm a oferecer à compreensão do objeto em investigação, a saber, a vulnerabilidade psíquica do puerpério. São, portanto, essas ideias associadas livremente que conduzem à escolha dos autores e suas obras, sem obedecer, necessariamente, uma ordem pré-estabelecida.

A primeira categoria discursiva, a mãe e a mulher em Freud, traz naturalmente as obras selecionadas de Sigmund Freud que de alguma forma colaboram para pensarmos a mãe e a mulher. Seguem essa lógica discursiva os capítulos *Feminilidade X Maternidade* e *Histeria: entre loucura e revolta feminina*.

Para tanto, de um lado, privilegiei os textos pré-psicanalíticos que mais colaboram para a compreensão do funcionamento do aparelho psíquico, entre eles, a *Histeria* (1888), *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895), *Estudos sobre a histeria* (1893-95), *Carta 52* (1896), e um artigo que traz a questão da mulher e da mãe no pós-parto, a saber, *Um caso de cura pelo hipnotismo* (1892-93). E de outro, os textos propriamente psicanalíticos, selecionados a partir do que oferecem quanto à compreensão do desenvolvimento sexual feminino, e os conceitos a eles relacionados, como complexo de Édipo e castração, são eles: *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (1925), *Sexualidade Feminina* 1931, *Feminilidade* (1933). Recorro ainda ao texto *Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna* (1908), para trazer à tona a abordagem cultural de Freud.

Outras obras se fazem fundamentais para essa investigação, obras que contextualizam historicamente as construções freudianas, entre elas: *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (1994), sob a direção do médico francês Jacques Postel e do historiador francês Claude

Quetel; e *Sigmund Freud: na sua época e em nosso tempo* (2014), da psicanalista e historiadora francesa Elisabeth Roudinesco.

A segunda categoria discursiva, a mãe e a mulher na perspectiva histórica e sociológica, e o ideal da maternidade contemporâneo, comportam os capítulos *Do poder patriarcal à maternidade atual* e *A mãe ideal*, que propõem discutir como a família freudiana contribuiu para o surgimento de um mito materno que, segundo minha hipótese, funciona como um dos construtos que fazem do puerpério um período de vulnerabilidade psíquica da mãe. Recorro ao debate entre alguns autores, partindo das contribuições de certas obras que indico a seguir. Enumero as obras e seus autores, destacando aquilo que cada texto contribui para a presente investigação.

A família (1938), do psicanalista francês Jacques Lacan, por trazer a ideia de um declínio social da imagem do pai como desencadeadora de uma crise psicológica nas sociedades modernas, que de certa forma contribuiu para concentrar nas mãos da mulher os cuidados com o lar e com os filhos.

A família em desordem (2003) e *Sigmund Freud: na sua época e em nosso tempo* (2014), da psicanalista e historiadora francesa Elisabeth Roudinesco, o primeiro por abordar historicamente a evolução dos acontecimentos que levaram àquilo que Lacan entende como crise psicológica, e o segundo por apresentar as particularidades da vida cotidiana e da sociedade europeia, sobretudo vienense, que contextualizam a vida e a obra de Freud.

Histoire des mères et de la maternité (2000), da historiadora francesa Yvonne Knibiehler, por fornecer uma abordagem histórica da mãe, como a mãe foi abordada e compreendida ao longo dos séculos.

Um amor conquistado (1985) e *O conflito* (2011), da historiadora francesa Elisabeth Badinter; o primeiro por desmistificar o amor materno, retirando-o da sua concepção normatizadora e naturalista, trata-se também de uma perspectiva histórica sobre o tema, uma vez que Badinter enumera as características das sociedades de cada época, assim como os princípios e os pensamentos que influenciavam a forma de conceber a mãe e a mulher. O segundo segue a mesma proposta, entretanto, a autora focaliza mais a questão do conflito entre o ser mulher e ser mãe.

Psicanálise e Maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher (2002), da socióloga e psicanalista americana Nancy Chodorow (2002), que se debruça sobre críticas à psicanálise, naquilo que essa ciência estabelece de normatizador e determinante com relação à mãe e à mulher, que segundo a autora é resultante dos preceitos ideológicos freudianos que se sustentam no modelo de família patriarcal.

Sexo e Poder (2006), do sociólogo sueco Göran Therborn, que fornece dados importantes (jurídicos e sociais) sobre as organizações familiares do século XX, demonstrando o quanto esse século apresentava-se submetido ao poder do patriarca, apesar de algumas mudanças serem observadas.

Além desses autores, recorro a outras fontes bibliográficas que, acredito, complementam os debates propostos pelos autores citados acima, uma vez que enriquecem a investigação proposta com exemplos de mulheres reais que servem como ilustração daquilo que comumente presencio em minha clínica com mães e mulheres. Entre eles, cito algumas pesquisas desenvolvidas no Brasil que, de alguma forma, questionam por um lado o ideal da mãe perfeita tão em voga na sociedade contemporânea, e por outro, denunciam a presença marcante da influência das sociedades patriarcais na rotina da mulher e da mãe atual. Com isso, também são utilizadas as obras *Os filhos da mãe*, da psicanalista brasileira Marcia Neder e *Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães*, da jornalista e escritora escocesa Aminatta Forna.

A terceira categoria discursiva, a mãe e a mulher pelo viés dos processos psicológicos associados à maternidade, conta com os capítulos *O campo materno* e *O pai e o ambiente materno*. Esses capítulos trazem contribuições de inúmeros autores, todos eles da psicanálise, porém cada um dentro de uma especificidade clínica. São autores que adentram as questões da perinatalidade, cada um a partir de um vetor que os orienta. Dentre eles destaco:

Monique Bydlowski (2002, 2010); Dominique Guyomard (2006); Daniel Stern (2008); e Drossart (2012), que aprofundam a especificidade do psiquismo materno, sobretudo sobre o estado puerperal de vulnerabilidade psíquica que se faz objeto dessa tese. Todos oferecem uma compreensão desse período delicado da vida mulher como algo intrínseco à maternidade, fundamental para o surgimento do vínculo mãe e bebê, considerado tão importante igualmente por outros autores aqui arrolados, tais como o pediatra e psicanalista inglês Donald Winnicott (1956) – que propõe o conceito de preocupação materna primária –, e o psiquiatra e psicanalista francês Serge Lebovici (2003; 2009).

Recorro a outras obras de Winnicott e Lebovici, especialmente àquelas que discutem a importância de um ambiente que favoreça esse vínculo, via pela qual o pai ganha importância significativa entre esses especialistas. Fica de fora, no entanto, o casal. A relevância da relação entre pai e mãe é contemplada pela psiquiatra infantil francesa Nathalie Presme (2012).

Além desses autores que utilizo na construção do arcabouço teórico sobre a perinatalidade, seja ela no que diz respeito à maternidade propriamente dita, ou a

parentalidade e paternidade, cito ainda outros especialistas da clínica perinatal, tais como Myrian Szefer (2002), Juan Manzano, Dominique Dallay, Marc-Luc Bourgeois, Anne-Laure Sutter e Valériane Leroy (1998), bem como algumas psicanalistas brasileiras que colaboram no esclarecimento de determinados conceitos e constructos desenvolvidos por alguns dos autores acima citados, de modo que ajudam a reforçar as ideias que eles introduzem no debate sobre a mãe. São elas, Vera Iaconelli (2005), Cláudia Dias Rosa (2014) e Elsa Oliveira Dias (2012).

Retorno ainda, a outra obra de Sigmund Freud: *Luto e melancolia* (1996 [1917 [1915]]), que apresenta a teoria freudiana sobre o luto, distinguindo-o da tão conhecida depressão. As ideias presentes nesse texto me permitem subtrair as doenças psíquicas do puerpério da patologização a que tantas vezes é colocada, ao mesmo tempo em que auxiliam no desmonte da premissa freudiana que equivale mãe e mulher, e consequentemente, maternidade e biológico.

Retomo, por fim, àquilo que foi meu objeto de pesquisa de mestrado e resultou no livro *O pai: uma função em declínio* (LEAL, 2017). Para abordar a questão do pai a partir do viés que apresento nesse livro, foi necessário recorrer à noção de carência paterna desenvolvida por Lacan, e, por conseguinte, à análise lacaniana do caso clínico de Freud sobre o pequeno Hans, que se encontra em *O Seminário Livro 4: A relação de objeto* (1995 [1956-57]). Como esse debate se desenvolve a partir das reflexões do livro sobre o declínio do pai, acabo por recorrer a citações que me remetem a outra obra que se destaca sobre o pai, *Um mundo sem limite* (2004), do psicanalista de origem europeia Jean-Pierre Lebrun.

2.3. DELIMITAÇÕES DO OBJETO

O objeto dessa pesquisa se constitui no encontro entre 3 elementos: a mãe, a mulher e o puerpério, que se associam aos temas elencados acima. A mulher tem sido definida ao longo dos séculos a partir da maternidade, encontrando na mãe sua referência. Entretanto, com a análise proposta, pode-se verificar que existe mais um fosso entre esses dois personagens do que, como se quer crer, uma equivalência.

A problematização se estabelece no sentido de uma desconstrução dessa suposta equivalência, o que, não doravante, acaba por questionar o que convém reconhecer por mãe de um lado e mulher de outro. Não é objetivo deste trabalho definir o que é mãe e o que é mulher, mas o debate provocado acaba por oferecer algumas possibilidades de compreensão desses personagens sociais, no esforço empenhado de desmistificar a sugerida relação entre

maternidade e natureza feminina.

Quanto ao terceiro elemento desse objeto complexo é fundamental esclarecer o que se define por puerpério e qual definição é utilizada por mim na presente tese.

2.3.1. O puerpério ou estado puerperal

O termo estado puerperal parece-me bem adequado para abordar o objeto dessa pesquisa por acreditar que já sugere certa vulnerabilidade associada a esse período, e, portanto, será a definição de estado puerperal delimitada por Louis Victor Marcé (2002) que utilizarei como referência para o objeto desta pesquisa, porém considerando uma certa variação.

De início, Marcé reconhece que, na literatura de sua época, algumas definições podem ser encontradas. Alguns autores (BECQHEREL, 1857 apud MARCÉ, 2002, p. 2) consideram uma duração bastante curta, 30 dias que seguem ao parto, sendo que dentro desse espaço de tempo, distinguem dois períodos: um primeiro, reconhecido como o estado puerperal propriamente dito, que constitui os 15 primeiros dias depois do parto e, um segundo, reconhecido por estado pós-puerperal, de M. Chomel, que compreende os 25 dias depois, chegando a seu fim com o retorno da menstruação (MARCÉ, 2002).

Além dos médicos que descrevem o estado puerperal como descrito acima, existem ainda outros² que atribuem a esse nome um período ainda mais extenso. Designam assim o conjunto de funções que se referem à concepção. Para esses, o estado puerperal é definido principalmente por uma modificação profunda do sangue, começando quase que no momento da concepção e terminando 30 ou 40 dias depois do parto.

Mas, certos autores (TANIER, 1858 apud MARCÉ, 2002, p. 2), dão uma extensão ainda maior: “todos os fatos que tendem a reprodução das espécies, menstruação, gestação, parto, devem estar ao alcance, dizem eles, sob essa mesma denominação³” (MARCÉ, 2002, p. 2).

Marcé reconhece nessas definições certas divergências inexplicáveis, permitindo-se traçar sua própria definição de estado puerperal e, conseqüentemente, de *folie puerpéral*, a partir das observações clínicas que teve a oportunidade de realizar. Para começar, ele separa completamente a menstruação do estado puerperal. Esta, por sua vez, quando acometida por

² Marcé não cita as referências.

³ “Tous les faits qui tendent à la reproduction de l’espèce, menstruation, grossesse, parturition, doivent être ranges, disent-il, sous cette commune dénomination” (Tradução livre da pesquisadora).

alguma patologia, compreenderia outra psicopatologia, a *folie menstruelle* (COEN, 2002). Mas enquadram numa mesma definição as doenças que aparecem nas mulheres grávidas, recentemente paridas, ou no momento do parto. Leva ainda em consideração as patologias mentais que surgem nas nutrizes, por observar que a mulher que amamenta se mantém, pelo fato mesmo do aleitamento, “num estado especial que vai além das condições normais de saúde e que por conexão íntima com as outras funções geradoras, constituem um verdadeiro estado puerperal prolongado⁴” (MARCÉ, 2002, p. 4).

Desse modo, para Marcé, o estado puerperal representa o período que vai da gestação ao pós-parto, compreendendo, conseqüentemente o parto, e prolongando-se até o fim do desmame. O objeto que proponho submeter à análise mais detalhada – a vulnerabilidade psíquica do puerpério ou *blues puerperal* – segue a definição estabelecida por Marcé.

Não me deterei, entretanto, no aspecto do aleitamento materno, por acreditar que esse tema tem muito a ser discutido, e que, inclusive, renderia uma segunda tese. A amamentação é abordada apenas a partir do caso clínico de Freud, mas sem ser explorada para além deste caso clínico. Como é necessária certa delimitação do tema, optei por não problematizar a amamentação como possível fator gerador de vulnerabilidade, apesar de acreditar que esse debate tem muito a enriquecer a presente tese. Em função disso, apesar de utilizar a definição de puerpério descrita por Marcé, restrinjo-me a discutir o estado puerperal dos três primeiros meses que se seguem ao parto.

Dito de outra forma, o que convenciono denominar puerpério não se restringe, portanto, ao pós-parto imediato, nem aos 45 dias que se seguem ao parto, mas sim, refiro-me aos três primeiros meses posteriores ao parto, por observar clinicamente que a vulnerabilidade psíquica está associada aos conflitos que surgem no período de adaptação da mãe ao bebê, considerando os cuidados dedicados a ele e o surgimento do vínculo mãe-bebê que normalmente requer certo tempo (hipótese que será debatida no Capítulo 8).

Segundo Marcé, o que caracteriza esse período em geral é um estado especial que transcende as condições normais de saúde, que se desenvolve, por sua vez, simpaticamente sob a influência de um estado particular das funções genitais. Não se sabe ao certo se o caráter especial do puerpério que Marcé anuncia deve-se apenas ao estado particular das funções genitais desse período ou se, de alguma forma, ele quer sugerir algo mais.

⁴ “dans un état spécial qui s'éloigne sensiblement des conditions normales de la santé, et qui, par ses connexions intimes avec les autres fonctions génératrices, constitue un véritable état puerpéral prolongé” (Tradução livre da pesquisadora).

Mas, de certa maneira, direciona o caminho que ele persegue em sua obra, quando expõe seu objetivo:

Nosso objetivo, de fato, não é estudar em si mesmo as diversas doenças mentais, mas sim pesquisar com a ajuda de documentos clínicos as modificações especiais que as afecções mostram como resultado da associação ao estado puerperal, assim como a influência que elas exercem sobre as funções geradoras⁵ (MARCÉ, 2002, p. 6).

Um caminho que, acredito, não pretende seguir as mesmas descobertas até então anunciadas. Pois vejam que ele não indica no seu objetivo nada que certifique o caráter especial do puerpério como resultante do estado particular das funções genitais. Antes disso, ele propõe um caminho que indaga o “enigma da puerperalidade”: qual a relação entre as *folies puerpérales* e o estado puerperal? O que há no puerpério que promove essas patologias? E que tipo de influência elas exercem sobre as funções geradoras: gerar, parir, maternar, aleitar? Parece, antes, que são essas as questões que guiam Marcé no seu tratado, e que, de certa forma, as assumo como minhas com o intuito de responder o problema anunciado na *Apresentação*: quais ciências, saberes, constructos ou teorias podem lançar luz sobre as especificidades do campo materno? E o que esses saberes oferecem como resposta ao enigma da puerperalidade, ou, melhor dizendo, ao enigma da maternidade?

Reitero que a leitura das referências documentais se fará orientada pelo método psicanalítico, ou seja, tendo a clínica e sua experiência subliminarmente como leitores críticos. O material clínico privilegiado, exposto ao longo da tese, e que serve de exemplo à análise proposta, advém igualmente da própria literatura escolhida. Trata-se de relato de casos, comentários retirados da prática clínica dos autores citados, que se encontram registrados nos livros e pesquisas acessados.

Sendo assim, devo estabelecer metodologicamente que os sujeitos que me servem de orientação na análise realizada, mesmo que sejam referidos de forma indireta, podem ser considerados uma amostra de um tipo específico de grupo social. Trata-se de mulheres em idade fértil, mães de um ou mais filhos, orientadas pelo modelo de família heteroparentais, solteiras, casadas ou divorciadas, de classe média, média alta e classe alta, onde a maioria possui relevante participação na esfera pública, colaborando, em certa medida, com as despesas da esfera privada. Desta forma, a investigação e os resultados obtidos devem ser compreendidos dentro dos limites estabelecidos em torno do objeto aqui delimitado.

⁵ “Notre but, en effet, n’est pas étudier en elle-mêmes les diverses maladies mentales, mais bien de rechercher à l’aide de documents cliniques les modifications spéciales que ces affections éprouvent par suite de leur association à l’état puerpéral, ainsi que l’influence qu’elles exercent à leur tour sur les fonctions génératrices” (Tradução livre da pesquisadora).

3. UM OBJETO DE ESTUDO CHAMADO MÃE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Por onde começar para falar da mãe e da maternidade? A historiadora francesa Yvonne Knibiehler inicia pelo seguinte questionamento: “As mães têm uma história?”⁶ (KNIBIEHLER, 2012, p. 5).

Se as mães têm uma história, certamente sim! E se hoje a maternidade é vista como parte integrante da cultura, do social (KNIBIEHLER, 2012), foi, no entanto, como um fato de natureza que o olhar sobre a mãe, e a mulher, ficou submetido durante muito tempo. Mãe era uma continuidade natural do ser mulher. Quase sinônimos, esses dois atores sociais, passaram muito tempo presos ao que podemos dizer, seu fim biológico.

Personagem de destaque, a mãe, no entanto, não parece ter sido um verdadeiro objeto de pesquisa, como bem destacou a historiadora, pois, segundo afirma: “As ciências humanas – antropologia, sociologia, demografia – só se interessam indiretamente, para compreender as transformações da família, ou as variações da fecundidade”⁷ (KNIBIEHLER, 2012, p. 5).

Além da clínica psicanalítica, importante reveladora da incongruência da equação mãe/mulher, a literatura especializada também tem se mostrado um dispositivo que alia teoria e prática no desvelamento de uma realidade marcada pelo paradoxo que de imediato contrasta com a concepção do materno como natural.

Não obstante o esforço no sentido de estabelecer a revisão de literatura, logo se agiganta a complexidade do objeto, que não é um, mas múltiplo, pois se realiza no encontro de três elementos: mãe, mulher e pós-parto.

Procuro então identificar como a literatura especializada vem compreendendo a instabilidade emocional da mãe no puerpério; quais saberes e discursos se encontram sobre a mãe e suas ditas patologias do pós-parto, e como o mito da mãe ideal tem participado desse debate.

Oriento essa revisão a partir de três discursos: a) o discurso psiquiátrico, que tem como objeto as patologias psíquicas do puerpério; b) o do pediatra e psicanalista inglês Donald Winnicott, que tem como foco a relação entre mãe e bebê; e, c) os veiculados por livros e pesquisas científicas que interpelam, à sua maneira, a equivalência suposta entre mãe e mulher, conduzindo a questão da ambivalência materna ao cerne da problematização.

⁶ “Les mères ont-elles une histoire?” (Tradução livre da pesquisadora).

⁷ “Les sciences humaines – anthropologie, sociologie, démographie – ne s’y intéressent qu’indirectement, pour comprendre les transformations de la famille, ou les variations de la fécondité” (Tradução livre da pesquisadora).

3.1. A PSIQUIATRIA PERINATAL DO SÉCULO XIX E O ENIGMA DA PUERPERALIDADE

Desde séculos passados que o puerpério é considerado um período problemático na vida da mulher. Assim já defendia a psiquiatria de meados do século XIX, que reconhecia o puerpério como um momento crítico e de alto risco emocional (ESQUIROL, 1838; MARCÉ, 2002).

É interessante observar que desde 1838 os dados catalogados chamam a atenção. Esquirol diz que “o número de mulheres que se tornam *aliénée*⁸ depois do parto, durante ou depois do aleitamento, é muito mais considerável do que comumente acreditamos⁹” (ESQUIROL, 1838, p. 116), não sendo à toa que essas patologias, relacionadas às mulheres grávidas, às recentemente paridas e às nutrizas tenham ganhado uma classificação nosográfica de relativa importância nos manuais de psiquiatria do século XIX e XX, notadamente conhecida por *Folie du post-partum* ou *Folie puerperale*¹⁰.

Mais de 150 anos depois muita coisa não mudou. Apesar do CID-10¹¹ (OMS, 1993), compêndio organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reservar pouco destaque aos transtornos mentais do puerpério, ainda podemos verificar pesquisas que não deixam esconder a realidade de vulnerabilidade a que as mães estão expostas nesse período.

“Os trabalhos de Kendell¹² (1987), entre outros, mostram que os riscos de descompensação psiquiátrica nas mulheres são bem mais elevados durante o pós-parto do que durante os outros períodos de sua vida¹³” (SUTTER; LEROY; DALLAY; BOUGEOIS, 1998, p. 199). O parto é, em si mesmo, um potencial desencadeador desses adoecimentos

⁸ Em francês, o termo *aliéné* refere-se à loucura, termo utilizado no campo da psiquiatria para designar aqueles que apresentam alguma patologia mental. Quando traduzimos o termo para o português, perdemos o sentido que possui no contexto utilizado, e portanto, manteremos sua versão original.

⁹ “Le nombre des femmes que deviennent aliénées après l'accouchement, pendant ou après l'allaitement, est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit communément” (Tradução livre da pesquisadora).

¹⁰ *Folie Puerperale*, ao pé da letra, significa Loucura Puerperal ou Loucura do Pós-parto. Como o termo loucura no português é revestido de um caráter pejorativo e até mesmo preconceituoso, o que não corresponde ao termo francês *folie*, optamos por utilizar o termo original do francês, *folie*, quando se tratar das psicopatologias do pós-parto de forma geral e abrangente ao invés da sua versão em português.

¹¹ CID-10. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.

¹² KENDELL, R. E., CHALMERS, J. C., PLATZ, C. Epidemiology of puerperal psychoses, Brit. J. Psychiatr., 150, 1987, p. 662-673.

¹³ “Les travaux de Kendell (1987), entre autres, ont montré que les risques de décompensation psychiatrique chez les femmes étaient plus élevés Durant le post-partum que pendant les autres périodes de la vie” (Tradução livre da pesquisadora).

(MALDONADO, 1997; MARCÉ, 2002) que vão desde um quadro de Disforia Puerperal¹⁴ até à grande vilã, a Depressão Pós-Parto (DPP).

O foco principal dessas pesquisas é a depressão puerperal. A tristeza materna ou disforia puerperal é apenas citada secundariamente. Nas pesquisas contemporâneas desenvolvidas com amostra brasileira, o mesmo pode ser observado. Quanto aos dados, observa-se escores ainda maiores quanto à depressão puerperal, como retratam os trabalhos de Cabral et al. (2012), que apontou 29%, e Ruschi et al. (2007), que identificou a depressão pós-parto em 39,4% das mulheres de seu estudo. Apesar de considerar elevada, Ruschi et al. (2007) reconhece essa prevalência como compatível com alguns trabalhos nacionais (SILVA, 1998; SKASUFKA, 2000; CRUZ, 2005 apud RUSCHI et al., 2007).

Quanto à Disforia Puerperal, todos esses autores reproduzem os escores das pesquisas internacionais, reforçando a incidência de 50 a 85%, ressaltando esse quadro “como fator de risco para a depressão no primeiro ano após o parto” (RUSCHI et al., 2007, p. 275).

Há, porém, um estudo realizado por Pereira e Rume (2007) onde o foco é a tristeza materna no pós-parto imediato:

Nesse estudo, 67,2% relataram presença de tristeza no pós-parto imediato. Relativamente à duração da tristeza, os resultados apontam a prevalência de 8,6% de mulheres que apresentam o sintoma todos os dias, durante todo o dia, e 31,5% de mulheres que relataram a presença de tristeza também todos os dias, mas em determinados momentos, e 27,1% que apontam a ocorrência de tristeza em momentos casuais (PEREIRA; RUME, 2007, p. 373).

Além da análise quantitativa, o estudo de Pereira e Rume (2007) realiza uma pesquisa qualitativa a partir da qual concluem:

Os dados obtidos através da abordagem qualitativa levada a efeito demonstram que as mulheres vivenciavam uma experiência marcada pela sensação de fragilidade, desconhecimento, vulnerabilidade e transformação, que caracteriza o momento do pós-parto imediato como momento de crise em que se contrapõem sentimentos de alegria e tristeza, choro e riso – ou seja – ocorrência de ambivalência de sentimentos e atitudes (p. 376).

Mas o que esses dados indicam? Que há algo entre a mulher e a mãe que nos escapa e que se manifesta através desse paradoxo que a literatura especializada tem tentado demonstrar.

¹⁴ Conhecida como *Baby-Blues*, a Disforia Puerperal compreende uma classificação recente, por volta dos anos 60, em que se observou que poucos dias após o nascimento do bebê, as mulheres apresentavam choro com facilidade, mas não necessariamente associado com tristeza, além de uma empatia exacerbada com sensibilidade excessiva.

Poder-se-ia supor que esses números consideráveis devem-se às alterações hormonais e fisiológicas que perpassam o corpo da mulher ao longo do ciclo gravídico puerperal.

A própria psiquiatria é quem lança a fâsca nos constructos organicistas desde o século XIX, o que pode ser apreciado a partir da obra do psiquiatra francês Louis Victor-Marcé, *Tratado da loucura das mulheres grávidas, das recém-paridas e das nutrizes*¹⁵, datada de 1858.

Esse *Tratado* tornou-se um clássico da literatura psiquiátrica, sendo feito objeto há alguns anos de uma reedição organizada pela Société Marcé Francophone, o que representa a importância dada à obra em questão por essas sociedades que consagram ao estudo os transtornos mentais ligados à puerperalidade e à sua influência no campo da pequena infância (LUAUTÉ; LEMPÉRIÈRE, 2012). Atualmente, considera-se que essa obra inaugura a psiquiatria perinatal, sendo, portanto, Marcé reconhecido como seu fundador.

Que Marcé classifique as doenças psíquicas do puerpério em função de uma modificação orgânica e funcional do útero já era de se esperar, considerando suas concepções organicistas e seu interesse pela anatomia patológica que definiu seu percurso médico e, igualmente, considerando a herança médica de Hipócrates que reconhecia o útero como o ponto de partida de todo o mal na mulher, por acreditar na conexão íntima entre o cérebro, o útero e as outras vísceras (MARCÉ, 2002).

Essa relação dos efeitos das alterações do útero sobre os outros órgãos é denominada por Marcé de *folie sympathique*¹⁶. Uma doença é considerada simpática quando se reconhece uma dependência mútua entre as partes do organismo e certos órgãos, ou seja, quando o adoecimento ou alteração de um desses órgãos apresenta efeitos patogênicos em outras partes do corpo. Mas, segundo Marcé, “nós não podemos dar o nome de *folie sympathique* a não ser a uma alienação mental que se produz diretamente pela ação de um órgão da via física, que aumentará por ela mesma e diminuirá com ela¹⁷” (MARCÉ, 2002, p. 13).

O que surpreende é a sua própria indagação quanto à validade unívoca da explicação pela influência simpática sobre as *folies puerpérales*. É, de fato, por esse motivo que sua obra ganha tamanha importância na psiquiatria perinatal: “Seu interesse crítico na tentativa de

¹⁵ “Traité de la folie des femmes enceintes des nouvelles accouchées et des nourrices” (Tradução livre da pesquisadora).

¹⁶ “loucura simpática” (Tradução livre da pesquisadora).

¹⁷ “Nous ne pouvons donner le nom de folie sympathique qu’à une aliénation mentale qui se produit directement par l’action d’un organe de la vie physique, qui grandirait par elle-même et diminuerait avec elle” (Tradução livre da pesquisadora).

elucidar a patogênese de uma questão tão complexa quanto frequente confere à sua obra um aspecto fundador¹⁸” (COEN, 2002, p. III).

É com um questionamento que ele começa sua abordagem sobre a relação entre alterações no útero do período perinatal e patologias puerperais: quando falamos em doenças mentais, ou desordens intelectuais¹⁹, que vemos, por vezes, aparecer nas mulheres durante o período da gravidez, parto, pós-parto e aleitamento, devemos considerar aí a existência de uma doença simpática, ou seja, de uma doença que se manifesta por causa das alterações que acometem o útero durante esse período? Ao qual ele responde: “essa é uma opinião que estamos longe de admitir...” e continua, “não se pode admitir, como foi feito várias vezes e de uma maneira tão banal, que a *folie* se desenvolve unicamente por simpatia²⁰” (MARCÉ, 2002, p. 8).

Dessa forma, Marcé se interroga sobre o “enigma da puerperalidade²¹” (COEN, 2002, p. V). Qual a relação entre as *folies puerpérales* e o estado puerperal? O que há no puerpério que promove essas patologias? E que tipo de influência elas exercem sobre as funções geradoras: gerar, parir, maternar, aleitar?

Marcé enfatiza que o surgimento das patologias que se manifestam a cada gestação, a cada parto ou a cada pós-parto muitas vezes tornam-se incuráveis apesar do útero ter retornado à sua condição normal. E mesmo quando encontra certa simultaneidade entre as alterações do útero e o surgimento de transtornos mentais, mesmo nesses casos, Marcé assinala:

[...]longe de ser constante e uniforme [...]²², ela varia de modo e de energia a cada caso, segundo as idiosincrasias do sujeito e o estado dos órgãos que simpatizam. Portanto, não se pode jamais afirmar de início em que sentido ela se exercerá. Sabe-se que existe a ação de um órgão sobre outro, mas essa ação será ela favorável ou desfavorável? se traduzirá ela por uma exasperação da primeira doença ou por um retorno à sanidade? tudo isso depende das condições dentro das quais o sujeito se encontra colocado²³ (MARCÉ, 2002, p. 11-12).

¹⁸ “Son intérêt critique pour tenter d’éclaircir la pathogénie d’une question aussi complexe que fréquente confère à cet ouvrage un aspect fondateur” (Tradução livre da pesquisadora).

¹⁹ Como Marcé se refere ao psiquismo.

²⁰ “C’est là une opinion que nous sommes loin d’admettre (...), ce n’est pas admettre, comme on l’a fait tant de fois et d’une manière si banale, que la folie s’est développée uniquement par *sympathie*” (Tradução livre da pesquisadora).

²¹ “énigme de la puerpéralité” (Tradução livre da pesquisadora).

²² Marcé distingue dois tipos de influência simpática: a mórbida e a fisiológica, esse trecho especificamente ele refere-se à simpatia mórbida, que ele acredita se adequar mais ao que encontramos no estado puerperal.

²³ “[...] loin d’être constant et uniforme [...], elle varie dans chaque cas de mode et d’énergie, selon l’idiosyncrasie du sujet et l’état des organes qui sympathisent. Il n’est donc jamais permis d’affirmer d’avance dans quel sens elle s’exercera. On sait qu’il y a action d’un organe sur un autre, mais cette action sera-t-elle favorable ou défavorable? Se traduira-t-elle par une exaspération de la maladie première ou par un retour à la

Ou seja, o que esses elementos representam? Que desde meados de século XIX já existia um pensamento, de Louis Victor Marcé, que possibilita uma análise das patologias psíquicas do puerpério e ultrapassa a interpretação organicista e fisiológica que costuma enquadrar a mulher que adocece no pós-parto como algo que foge a seu destino biológico.

Segundo os avanços que o próprio Marcé propõe, pode-se admitir que existe uma vulnerabilidade psíquica das gestantes e puérperas que não depende apenas dessas alterações que o ciclo gravídico puerperal acaba por produzir. Mas o que se encontra para além das alterações fisiológicas e hormonais que possam justificar o porquê de as mulheres quando se tornam mães estarem mais vulneráveis aos adoecimentos psíquicos? Marcé não responde, mas a pergunta ao menos foi lançada. Dirijo-me, então, ao século XX, a partir das contribuições de Winnicott.

3.2. A DOENÇA NORMAL DO PUERPÉRIO POR WINNICOTT

Por volta de 1956, Winnicott publica o artigo *A preocupação materna primária* (2000 [1956]) onde descreve um estado psicológico especial da mãe no pós-parto. O que Winnicott propõe com esse texto vai muito além do que simplesmente reconhecer um estado psicológico particular ao puerpério. Ele não só o identifica como o considera imprescindível para que a mãe possa desempenhar sua maternagem. E, dessa forma, poder-se-ia sugerir a despatologização de uma grande parcela dos casos que são diagnosticados como psicopatologias no pós-parto; algumas centenas e até milhares de experiências maternas que não deveriam ser classificadas como da ordem do patológico.

Estado psicológico e condição psiquiátrica especial da mãe são as maneiras que Winnicott (2000[1956]) se refere e que definem a noção de *preocupação materna primária* em seu artigo, sobre a qual Winnicott observa:

Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê [...]. Essa condição organizada (que seria uma doença no caso de não existir uma gravidez) poderia ser comparada a um estado de retraimento ou de dissociação, ou a uma fuga, ou mesmo a um distúrbio num nível mais profundo, como por exemplo, um episódio esquizoide, onde um determinado aspecto da personalidade toma o poder temporariamente (2000 [1956], p. 401).

Segundo Winnicott, essa condição deveria ser tomada como referência à fase inicial da vida do bebê, pois de acordo com o psicanalista, seria impossível compreender o funcionamento da mãe nesse momento inicial se não levarmos em conta que ela “deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, e recupera-se dele” (2000 [1956], p. 401).

Não se pode negligenciar o termo utilizado “quase uma doença” para delinear o estado puerperal, e muito menos, o fato de Winnicott considerar essa ‘doença normal’ necessária ao desempenho dos cuidados com o bebê, ou seja, à maternagem das primeiras semanas pós-natal. O próprio Winnicott justifica: “Introduzo aqui a palavra ‘doença’ porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado tanto quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera” (2000 [1956], p. 401).

Winnicott faz alusão ao termo ‘dedicada’ na expressão *a mãe dedicada comum* (2006a), que dá título a um artigo de 1949, ao qual voltarei a seguir. E segue o parágrafo destacando que muitas mulheres, apesar de serem boas mães em vários aspectos, nem sempre “têm a capacidade de contrair essa ‘doença normal’ que lhe possibilitaria a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê nos primeiros momentos. Ou conseguem fazê-lo com um filho e não com outro” (2000 [1956], p. 401).

Sugere, inclusive, que com algumas dessas mulheres que não conseguem sucumbir à doença normal ocorre uma ‘fuga para a sanidade’, que ele entende como sendo mulheres que têm dificuldade em abandonar as outras preocupações de sua vida para se dedicar unicamente ao bebê.

Não obstante o conceito de *preocupação materna primária* apresentá-la como uma doença normal, apesar de trazer elucidacões a respeito da experiência materna no pós-parto, por outro lado, está impregnado da concepção da mulher que prioriza o biológico, sobretudo no que diz respeito ao conceito de *mãe dedicada comum*.

Como se pode constatar em seu artigo *A mãe dedicada comum* (2006a), no qual se debruça sobre a expressão que dá título ao artigo, Winnicott expõe a tese de que a mulher está preparada para a experiência da maternidade e que “ela sabe, muitíssimo bem, quais são as necessidades” (2006a, p. 4). Posso afirmar, no entanto, com a mesma certeza que Winnicott defende sua premissa, que aquilo que observo na clínica é bem outra coisa.

Com efeito, a clínica sugere que as mulheres em geral sabem muito pouco sobre o que o bebê necessita. Sim, sabem o básico. Precisam de higiene, roupa e comida. Mas não sabem por que choram e se precisam que o coloquem para descansar ou dormir. Não sabem que horas devem amamentar, muito menos se o leite que oferecem é suficiente. Assim como não

sabem se devem segurar o bebê quando chora. Sabem muito menos que o contato entre mãe e filho é algo fundamental para seu desenvolvimento. Ao contrário do que Winnicott anuncia: “neste momento em que sente se o bebê precisa ser tomado nos braços ou colocado sobre uma superfície qualquer, ser deixado a sós ou mudado de posição...” (2006a, p. 5).

Uma boa parte consegue aprender com os especialistas, enfermeiras, pediatras, etc., as coisas básicas que o bebê necessita, mas as particularidades de seus choros, de suas demandas afetivas e fisiológicas, de suas necessidades sutis, são sempre parte da descoberta que toda mãe deve passar, pois se encontra diante de outro ser humano que, assim como ela, possui uma subjetividade, ainda que em formação.

O trecho em destaque é apenas um exemplo das inúmeras afirmações que Winnicott faz na obra em enfoque, que traduz nada menos do que um pensamento presente no autor, acerca de uma naturalização da maternidade.

Desta forma, a *preocupação materna primária*, por se encontrar associada ao conceito de *mãe dedicada comum*, apresenta-se mais como um contínuo natural da mulher, algo que ela possui instintivamente e que aflora com a chegada do bebê. Nesse caso, o conceito de Winnicott (2000 [1956]), que a princípio acreditava revelador de um estado específico ao campo materno, mostra-se incapaz de oferecer uma leitura que nos permita ir além do velho e disseminado ideal materno como normatizante.

Apesar dessa constatação, Winnicott tem muito a colaborar para a problematização proposta. E isso é evidenciado logo no início de seu artigo sobre a preocupação primária quando relata que encontrou sua motivação para escrever o artigo numa discussão publicada por Anna Freud sob o título *Problemas das Neuroses Infantis*. Ele destaca um trecho dessa discussão, que diz:

Os desapontamentos e as frustrações são inseparáveis da relação mãe-criança. [...] Lançar a culpa pela neurose infantil sobre as falhas da mãe na fase oral constitui não mais que uma generalização enganosa e superficial. A análise deveria ir mais longe e mais fundo em sua busca pelas causas da neurose (ANNA FREUD apud WINNICOTT, 2000 [1956], p. 399).

Winnicott se mostra em acordo com a observação de Anna Freud, entretanto, destaca que apesar disso devemos levar em conta o lugar da mãe. Refere-se, portanto, ao ambiente em que o bebê se encontra e como esse ambiente pode distorcer ou possibilitar ao bebê alcançar as satisfações e conflitos inatos e pertinentes a cada etapa. O resultado alcançado é o que definirá se o ambiente foi suficientemente bom ou não (WINNICOTT, 2000 [1956]).

À primeira vista, parece-me estranha essa colocação de Winnicott. Ele destaca o trecho de Anna Freud que defende explicitamente a não culpabilização da mãe diante das neuroses ou dificuldades dos filhos. Depois ele sugere que apesar de não devermos culpar a mãe, é necessário, no entanto, levar em conta o lugar da mãe, o que ele desenvolve referindo-se ao ambiente suficientemente bom e não suficientemente bom. Mas não esclarece que lugar é esse que seria “proveitoso” considerarmos. Muito menos elucida o que quer dizer com ambiente suficientemente bom.

Esse conceito de ambiente, apesar de não esclarecido nesse artigo de 1956, é amplamente utilizado em outros artigos de Winnicott, e surge como possibilidade de se pensar a vulnerabilidade e os possíveis adoecimentos maternos como algo da ordem de um contexto externo, de um entorno da mãe, e não apenas dependente dos recursos psicológicos que aquela mãe já possui. É por esse motivo que retornarei ao conceito de ambiente no capítulo sobre o pai, procurando explorar em outros artigos de Winnicott o que o conceito de ambiente oferece para problematizar a questão da vulnerabilidade psíquica do puerpério.

Encontro-me assim, de um lado, com a literatura especializada que aponta para a via do paradoxo entre maternidade e natureza, mas que se atém mais à descrição dos quadros patológicos e de manifestação em determinados grupos. De outro, deparo-me com a clínica psicanalítica winnicottiana que me faz defrontar com mulheres que apresentam frequentemente uma sensibilidade emocional acentuada frente às questões do recém-nascido, e, mais precisamente, quanto às do ser mãe. Resta ainda a literatura que encontra na ambivalência materna sua marca registrada.

3.3. A MÃE E A AMBIVALÊNCIA MATERNA

O panorama clínico é recheado das idiossincrasias humanas que se apresentam de maneiras diversas. Refiro-me às situações mais variadas em que se encontram mulheres que se empenham infrutiferamente na tarefa de amamentar, e que sentem o não êxito com culpa e autorreprovação, como uma incapacidade difícil de digerir ao ponto de muitas sucumbirem a uma depressão puerperal. Assim como mulheres que sofrem e se punem com pensamentos autodepreciativos por perceber que não se sentem tão realizadas e felizes com a chegada de seu bebê. Como há também, mulheres que após um ano de nascimento do bebê desenvolvem um quadro psicológico depressivo, muitas vezes relacionado às demandas maternas associadas à falta de amparo e de apoio do companheiro ou da família, que insistem em acreditar que ser mãe está no DNA de todas as mulheres.

O curioso é que os relatos dessas mulheres vêm sempre acompanhados de discursos que, quando não são explicitamente enunciados, assemelham-se a: “Será que sou uma boa mãe?”, “Por que não consigo se toda mãe consegue?”, “O que há de errado comigo?”, “Por que não desejo as coisas que todas as mães desejam?”. Discursos que manifestam que há algo da ordem de um conflito interno vivenciado por essas mulheres.

O que impressiona, entretanto, não é a presença de um conflito, mas a expectativa, que se expressa no ideal materno, de que o conflito não exista quando se trata de maternidade. Mais ainda, o que choca na literatura e no senso comum, em geral, é o mutismo generalizado em torno dessa realidade de ambivalência do puerpério como se ela devesse ser revelada apenas dentro dos limites do consultório psicanalítico.

Defendo que o ideal materno, encontrado nas falas dos familiares, nas revistas que se ocupam das celebridades, nos programas de televisão, nas lojas de artigos para bebê, etc., exerce um poder opressivo sobre as mães, a ponto de fazer calar toda mulher, e adoecer um grande número delas.

Mas, por que não se pode abordar essas questões? Por que tratar como tabu algo que se apresenta com tanta frequência, e que parece consoante com as demandas da maternidade, contrastadas com tantas outras variáveis, tais como a ausência de suporte e apoio dos maridos e seus familiares, como também uma situação financeira que beira o desespero, ou, ainda, a perda de um ente querido? Se a ambivalência é algo constituinte do ser humano, como o próprio Freud dispõe na sua teoria do complexo de Édipo, como terei a oportunidade de desenvolver em breve, por que se evita aprofundar esse campo quando se trata da maternidade?

Alguns trabalhos contemporâneos, de alguma forma, retratam essas questões. Buscando uma abordagem desmistificada da maternidade, esses livros, artigos, teses e dissertações, trazem ao centro o tema da ambivalência materna como signo de normalidade ignorada pelas ciências de base biologista/naturalista. São produções que oferecem uma leitura que prioriza a mãe em detrimento do ponto de vista comumente patologizante.

Dentre os livros com tal vetor, cito *Os filhos da mãe: como viver a maternidade sem culpa e sem mito da perfeição* (2016), da psicanalista brasileira Marcia Neder, recentemente publicado:

Da mulher espera-se que tenha filhos. E não basta tê-los: é obrigatório amá-los acima de tudo e de todos, sob pena de ser excluída da espécie humana. [...] Só podemos mostrar e falar da maternidade como uma experiência de plenitude e felicidade. Raiva dos filhos, impaciência e outros sentimentos menos “nobres” são inconcebíveis. Como a mulher não é um ser de plástico, ela sente tudo isso e paga

com a culpa e autorreprovação (p. 29).

Além de Marcia Neder, menciono o livro, *Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães* (1999), de autoria da escocesa Aminatta Forna, escritora e jornalista premiada. A autora fala sem rodeios como o mito da mãe perfeita cala as mães:

É raro ouvir mães se queixarem, ainda mais em público. A complacência delas é comprada ou garantida de três maneiras: enaltecendo aspectos da maternidade, levando as mulheres que não sentem ou não fazem o que é exigido a se sentirem culpadas e, por fim, como último recurso, punindo as mães consideradas desviantes (por exemplo, mulheres que largam os filhos inspiram ódio moral, que nunca é endereçado aos milhares de pais que fazem o mesmo...) (p. 17).

Entre artigos e pesquisas, cito: *Psiquiatria e feminilidade* (ENGEL, 2013); *O mito da mãe perfeita e seu impacto na depressão pós-parto* (AZEVEDO; ARRAIS, 2006); a pesquisa *Trabalho remunerado e trabalho doméstico: uma tensão permanente*, desenvolvida pelo SOS Corpo e o Instituto Patrícia Galvão (2014), que, por sua vez, resultou nos artigos *Trabalho remunerado e trabalho doméstico: conciliação?* (MACHADO, 2014) e *Trabalho produtivo e reprodutivo no cotidiano das mulheres brasileiras* (ÁVILA; FERREIRA, 2014).

Das teses e dissertações, todas de pesquisadoras brasileiras, destaco: *Diálogos entre feminilidade e maternidade: um estudo sob o olhar da mitologia e da psicanálise* (EMIDIO, 2008); *Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna* (IACONELLI, 2012); e *A (mal)dita maternidade: a maternidade e o feminino entre os ideais sociais e o silenciado* (CLEMENS, 2015).

Esses trabalhos são alguns dos testemunhos de que há algo que precisa ser revisto com relação aos discursos sobre maternidade.

Nessa linha discursiva, devo mencionar ainda as obras que servem de suporte bibliográfico para a investigação a que me dedico: *Um amor conquistado: o mito do amor materno* (BADINTER, 1985); *O conflito: entre mãe e a mulher* (BADINTER, 2014) e *Psicanálise da maternidade* (CHODOROW, 2002), que muito colaboram para o debate sobre mãe, mulher e pós-parto, sobretudo no sentido de questionar aquilo que a psicanálise freudiana produziu sobre essa temática.

Algumas dessas obras, artigos, pesquisas e livros, serão em algum momento mencionados como exemplos ao longo dessa tese. Portanto, sem pretender esgotar a bibliografia sobre esse objeto múltiplo, proponho a partir de agora enveredar diretamente sobre a questão princeps, a partir do discurso freudiano.

PARTE 2

A MÃE E A MULHER NA PERSPECTIVA DE FREUD

4. FEMINILIDADE X MATERNIDADE – A TESE FREUDIANA EM QUESTÃO

Um laço estranho liga a psicanálise, sob a forma que seu criador, Sigmund Freud, lhe deu e a feminilidade. Pois de um lado, a mulher assombra a psicanálise, desde a origem de seu trajeto até suas questões mais atuais; e de outro, alguma coisa que a racionalidade analítica parece ter feito para manter a feminilidade à porta do templo (ASSOUN, 2003, p. 45).

Dessa forma, como se verifica na citação, os psicanalistas contemporâneos destacam assim o status eminentemente enigmático que a feminilidade tem na obra de Freud. Assim, é o enigma que marca de antemão toda a compreensão que se pode alcançar a partir das elaborações freudianas sobre as mulheres, e, conseqüentemente, as mães. É o próprio Freud quem diz: “Sabemos menos sobre a vida sexual das meninas que sobre a dos meninos. Mas não precisamos nos envergonhar dessa distinção; afinal de contas, a vida sexual das mulheres adultas constitui um ‘continente obscuro’ para a psicologia” (1996 [1926], p. 212).

Na revisão a que me propus dos textos freudianos que abordam esse objeto, dos artigos mais gerais aos mais consagrados ao feminino, é visível o embaraço freudiano diante da feminilidade e o enigma que a caracteriza. E, certamente, é esse embaraço que define a característica principal da feminilidade pelo viés freudiano.

Mas o que vem a ser a sexualidade feminina para Freud? Mesmo que embebida desse mistério, o que Freud pode oferecer sobre as mulheres para a reflexão que proponho sobre a mãe? Afinal de contas, como poderão constatar, Freud não recua diante das constatações sobre o desenvolvimento particular da menina, ao contrário, ele tenta sempre avançar e esclarecer, reconhecendo, no entanto, a dificuldade em acessar o enigma da mulher.

Neste capítulo tentarei perseguir o problema que apresentei, considerando para isso o dilema da sexualidade feminina: o que o desenvolvimento da sexualidade feminina na perspectiva freudiana permite pensar sobre a mãe e a mulher, sobretudo no puerpério? Começo pela revisão de alguns textos que trazem o tema do feminino.

4.1. O PROTÓTIPO DISSIMÉTRICO MASCULINO

É certo que o desenvolvimento sexual feminino delineado por Freud em sua obra não possui nada de linear. Verdade seja dita, por um longo período, o interesse de Freud não se dirigia para a sexualidade feminina (EDITOR, 1996 [1925], p. 275). Sua teoria sobre a sexualidade infantil é toda construída a partir do modelo masculino, que ele justifica: “Em

consequência de circunstâncias desfavoráveis, tanto de natureza externa quanto interna, as observações seguintes se aplicam principalmente ao desenvolvimento sexual de apenas um sexo – isto é, o dos homens” (1996 [1908], p. 211).

Porém, ao longo de seus estudos, Freud foi se deparando com casos clínicos que escapavam à sua teoria psicanalítica, como foi o caso da paranoia feminina (1996 [1915]) e o caso de homossexualidade feminina (1996 [1920])²⁴. Nesses textos anteriores aos trabalhos específicos sobre feminilidade, de 1931 e 1933²⁵, já é possível perceber a existência de uma relação da menina com a mãe que exercia influência em aspectos posteriores de sua vida, relação essa que não ganha muita importância nos primeiros estudos de Freud, mas que o faz concluir, posteriormente, que a expectativa de existir um paralelo completo entre os dois sexos era equivocada (EDITOR, 1996 [1925], p. 275).

Certamente que o modelo masculino não poderia dar conta das particularidades do desenvolvimento sexual feminino. *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (1996 [1925]) trata-se da “primeira e completa reavaliação das opiniões de Freud sobre o desenvolvimento psicológico das mulheres. Ele contém os germes de todo o seu trabalho posterior sobre o assunto” (EDITOR, 1996 [1925], p. 273).

Examinando as primeiras formas mentais assumidas pela vida sexual das crianças, habituamo-nos a tomar como tema de nossas investigações a criança do sexo masculino, o menino. Com as meninas, assim supúnhamos, as coisas deviam ser semelhantes, embora de um modo ou de outro elas tenham, não obstante, de ser diferentes. O ponto de desenvolvimento em que reside essa diferença não podia ser claramente determinado (FREUD, 1996 [1925], p. 278).

Desde os primórdios de suas elaborações não há diferença alguma no desenvolvimento da sexualidade masculina e feminina. Ambas são definidas pelo autor como autoeróticas, posto que se limitam ao próprio corpo da criança, de caráter perverso, na medida em que não visa o coito ou a procriação, e polimorfo, na medida em que se viabiliza na totalidade do corpo, sem prevalência de zona erógena²⁶, como será, em relação ao primado genital, a partir da puberdade e por toda a vida adulta (FREUD, 1996 [1905]).

Dividida em 3 fases: fase oral, marcada pelo chuchar que acompanha a amamentação; fase anal, momento em que a criança começa a adquirir o controle dos esfíncteres; e fase genital ou fálica, objetivo final do desenvolvimento da sexualidade, referem-se às atividades

²⁴ FREUD. Um caso de paranoia que contraria a teoria psicanalítica da doença (1915). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996, p. 271-284, v. XIV.

²⁵ Sexualidade feminina e feminilidade, respectivamente.

²⁶ Zonas erógenas são determinadas partes do corpo onde o toque pode causar excitação sexual.

sexuais que fazem parte dos órgãos sexuais propriamente ditos, e culmina com a assunção da identidade sexual da vida adulta relacionada ao órgão sexual. Assim, identidade feminina para as meninas, e identidade masculina para os meninos.

Mas, para alcançar a forma final de sua identidade sexual, meninos e meninas devem passar por algumas etapas durante seu desenvolvimento. Nesse percurso em direção à identidade sexual da vida adulta, encontram-se diferenças expressivas no caminho que Freud sugere que o menino deve percorrer e o caminho reservado para a menina. A primeira diferença significativa é a situação do Complexo de Édipo.

Visto que, o Complexo de Édipo freudiano se refere à escolha do genitor do sexo oposto ao do bebê como seu primeiro objeto de amor, o que ocorre com a menina está muito longe de se encaixar nessa definição, pois o primeiro objeto de sua escolha é a mãe, ou seja, o genitor do mesmo sexo que o seu.

Com a menina, é diferente. Também seu primeiro objeto foi a mãe. Como encontra o caminho para o pai? Como, quando e por que se desliga da mãe? Há muito tempo compreendemos que o desenvolvimento da sexualidade feminina é complicado pelo fato de a menina ter a tarefa de abandonar o que originalmente constitui sua principal zona genital (...). Agora, no entanto, parece-nos que existe uma segunda alteração da mesma espécie, que não é menos característica e importante para o desenvolvimento da mulher: a troca de objeto original – a mãe – pelo pai. A maneira pela qual essas duas tarefas estão mutuamente vinculadas ainda não nos é clara (FREUD, 1996 [1925], p. 233).

Posteriormente, em 1931, Freud designa esse momento do desenvolvimento sexual feminino de vinculação à mãe como fase pré-ediapiana. Essa fase é toda ela de caráter masculino, visto que tudo o que ocorre à menina é o mesmo que ocorre com o menino – tanto no que diz respeito à escolha objetal (a mãe enquanto objeto de amor), como o que ocorre com a zona erógena dominante (nos meninos, o pênis, e nas meninas, o clitóris, considerado o órgão análogo ao pênis do menino).

Dessa forma, Freud define o caminho feminino a partir de dois momentos. Mesmo nos casos onde nota-se com intensidade a ligação da menina ao pai, “uma análise rigorosa desses próprios casos traz à luz algo diferente, ou seja, que aqui o Complexo de Édipo tem uma longa pré-história e constitui, sob certos aspectos, uma formação secundária” (FREUD, 1996 [1925], p. 280), no caso das meninas.

A pré-história do Édipo feminino, a fase pré-ediapiana, e seu correspondente, o Complexo de Édipo masculino, são os momentos do desenvolvimento sexual infantil onde se pode observar a primeira escolha de objeto feita pela criança, que é sempre, independente do

sexo, a mãe (ou seu substituto). Esse momento²⁷ pode ser descrito como uma relação quase simbiótica entre mãe e bebê. A criança é, pois, inicialmente o objeto do desejo da mãe, assim como o desejo da criança é corresponder a esse desejo.

Nessa relação simbiótica, o pai aparece como um intruso, um rival, aquele que ameaça desfazer essa relação. Assim, Freud define o Complexo de Édipo como o amor direcionado à mãe e o ódio ao pai, sentimentos que se manifestam, tanto nos meninos como nas meninas, de forma ambivalente. Ressaltando: “Nas meninas, o Complexo de Édipo levanta um problema a mais que nos meninos. [...] Como ocorre, então, que as meninas o abandonem e, ao invés, tomem o pai como objeto?” (1996 [1925], p. 280). Dito de outra forma: o que afasta mãe e menina? Pergunta que Freud parece perseguir em seus textos sobre a feminilidade.

Essa distinção fica evidente em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1996 [1905]), em que se encontra uma descrição pormenorizada sobre o desenvolvimento da sexualidade infantil. Nesse texto de 1905, a título de exemplo, é apenas no quinto capítulo do segundo ensaio (1996 [1905], p. 184) que é possível encontrar sua primeira menção explícita sobre a sexualidade feminina, quando então Freud aborda o complexo de castração e a inveja do pênis. Ou seja, é a partir de um sentimento de inveja do órgão masculino, que a menina entra no discurso freudiano sobre a sexualidade infantil, sendo a partir dessa inveja que vemos a sexualidade feminina adquirir sua forma.

Deixando de lado qualquer problematização que possa advir dessa colocação, sugiro seguir as elaborações freudianas com o objetivo, acima enunciado, de compreender o que o desenvolvimento da sexualidade feminina, na perspectiva de Freud, permite pensar sobre a mãe no puerpério.

Se a verdadeira diferenciação do processo do desenvolvimento sexual entre a menina e o menino só se opera a partir do complexo de castração e da inveja do pênis, significa dizer que é a partir da distinção anatômica entre os sexos – considerando pênis e clitóris – que meninos e meninas assumem seu destino no desenvolvimento da sexualidade desenhado por Freud.

Sendo assim, se o menino sai do Complexo de Édipo para assumir sua sexualidade da vida adulta a partir do complexo de castração; no caso da menina, é o inverso, é a castração que a coloca diante de seu destino feminino, a partir do Complexo de Édipo.

²⁷ Momento que se refere ao Complexo de Édipo nos meninos e fase pré-edipiana nas meninas.

4.2. FEMINILIDADE: DA CASTRAÇÃO AO ÉDIPO

O vínculo entre a menina e a mãe ocorre de maneira similar ao do menino, através dos primeiros contatos e cuidados que a mãe dedica ao bebê. A menina, assim como o menino, passa por uma fase fálica, quando descobre a zona erógena genital, o clitóris, considerado homólogo em função e caráter ao pequeno pênis do menino. Contudo, a menina não encontra uma sequência da fase fálica semelhante à do menino. No menino, a masturbação da fase fálica vai se ligar aos investimentos edipianos para, em seguida, ser superado através da ameaça de castração que lhe traz a angústia de castração; enquanto que a menina, ao observar o pênis do menino, bem mais desenvolvido que seu clitóris, o reconhece como superior a seu pequeno órgão. Ela não desenvolve a angústia de castração, mas em seu lugar surge a inveja do pênis.

A inveja do pênis é considerada por Freud um traço marcante da feminilidade. Resultante do complexo de castração é ela quem ajudará a menina a seguir seu caminho rumo à feminilidade.

Análises do período fálico remoto ensinaram-me hoje que nas meninas, logo após os primeiros sinais de inveja do pênis, manifesta-se uma intensa corrente de sentimento contra masturbação, a qual não pode ser atribuída exclusivamente à influência educacional daqueles encarregados da criança. Esse impulso é claramente um precursor da onda de repressão que, na puberdade, extinguirá grande quantidade da sexualidade masculina da menina, a fim de dar espaço ao desenvolvimento de sua feminilidade (FREUD, 1996 [1925], p. 284).

A intensa corrente de sentimentos, eu acrescento, ambivalentes, que a inveja do pênis suscita na menina, promove igualmente uma mudança de objeto e, conseqüentemente, a entrada da menina no Complexo de Édipo. Nessa situação, acontece que a mãe que era o objeto primordial pré-edipiano, torna-se a responsável por sua falta de pênis, o que faz com que a menina se afaste da mãe como objeto amoroso (ao menos essa é a hipótese criada por Freud por não encontrar outra razão que justifique melhor essa mudança).

Paralelamente à mudança de objeto, a castração produz outro processo que apoia a instauração da situação edipiana da menina: “Ela abandona seu desejo de um pênis e coloca em seu lugar o desejo de um filho; com esse fim em vista, toma o pai como objeto de amor. A mãe se torna o objeto de seu ciúme. A menina transformou-se em uma pequena mulher” (FREUD, 1996 [1925], p. 284).

A menina transformou-se numa pequena mulher por desejar um filho ao invés do pênis. Onde está a mãe, que tanto se colocou como tese freudiana da feminilidade? Freud

refere-se ao desejo de um filho, o que não é o mesmo que ser mãe. Avanço para ver como as coisas se desenvolvem para depois retornar a essa encruzilhada.

O caminho que encontro não é menos sujeito a questionamentos. Além desse embaraço, Freud encontra um impasse ao qual não pode responder a princípio:

Nas meninas está faltando o motivo para a demolição do Complexo de Édipo. A castração já teve seu efeito, que consistiu em forçar a criança à situação do Complexo de Édipo. Assim, esse complexo foge ao destino que encontra nos meninos: ele pode ser lentamente abandonado ou lidado mediante a repressão, ou seus efeitos podem persistir com bastante ênfase na vida mental das mulheres (FREUD, 1996 [1925], p. 286).

Três argumentos me chamam a atenção até o momento. Primeiro, a afirmação freudiana de que a inveja do pênis é o “precursor da onda de repressão”, o que favorecerá o desenvolvimento da feminilidade. Segundo, a menina se torna uma pequena mulher ao deslocar seu interesse do pênis para um filho, e não para a maternidade. Esta afirmação não é esclarecida por Freud na sequência do seu texto, o que me faz questionar o que ele considera ser uma mulher e onde encontra-se a mãe que muitos autores se referem. Terceiro, corresponde ao impasse que se abre para Freud sobre a dissolução do Complexo de Édipo feminino. Como ele sai desse dilema? Esses três argumentos servem de guia para a problematização que me empenho a seguir.

4.3. MULHER FREUDIANA: MATERNIDADE OU RECALQUE?

Nos dois textos que Freud se dedica exclusivamente ao feminino, encontro elementos que me ajudam a refletir sobre os três argumentos. Em *Sexualidade Feminina* (1996 [1931]), Freud afirma:

Nas mulheres, o Complexo de Édipo constitui o resultado final de um desenvolvimento bastante demorado. Ele não é destruído, mas criado pela influência da castração; foge às influências fortemente hostis que, no homem, tiveram efeito destrutivo sobre ele, na verdade, com muita frequência, de modo algum é superado pela mulher (1996 [1931], p. 238).

Mais a diante ele surge com outra afirmação igualmente inquietante: “A menina reprime sua masculinidade prévia” (1931, p. 247). O que me faz concluir que, a partir dos argumentos destacados e dos trechos citados, a feminilidade ocorre ao preço de inúmeras repressões.

Em *Feminilidade* (1933), Freud volta a falar sobre o deslocamento do desejo do pênis para deslocar-se, por fim, ao bebê. E nesse texto ele é extremamente claro: “Não é senão com o surgimento do desejo de ter um pênis que a boneca-bebê se torna um bebê obtido de seu pai e, de acordo com isso, o objetivo do mais intenso desejo feminino” (FREUD, 1933, p. 128). Mais uma vez, onde se encontra a mãe ou a maternidade, tão aclamada como realização feminina? Ele complementa:

Sua felicidade é grande se, depois disso, esse desejo de ter um bebê se concretiza na realidade; e muito especialmente assim se dá, se o bebê é um menininho que traz consigo o pênis tão profundamente desejado. Com muita frequência, em seu quadro combinado de ‘um bebê de seu pai’, a ênfase é colocada no bebê, e o pai fica em segundo plano (p. 128).

Por fim, conclui: “Talvez devêssemos identificar esse desejo do pênis como sendo, *par excellence*, um desejo feminino” (p. 128). Essa é, portanto, a saída do Complexo de Édipo feminino dada por Freud: o desejo de um bebê, o que não convém ser entendido como maternidade. Ter um bebê não necessariamente é o mesmo que ser mãe. Um bebê que na verdade corresponde a uma substituição do órgão masculino. Um desejo eminentemente fálico²⁸.

Destaco que, para Freud, (ao menos nesses textos sobre a sexualidade feminina e feminilidade) uma menina torna-se mulher quando passa a desejar o pênis de forma camuflada, através de um substituto que corresponde, segundo Freud, ao bebê.

A partir do momento em que Freud dispõem as coisas dessa maneira, destacando o bebê como “o objetivo do mais intenso desejo feminino”, ou o pênis como sendo, “*par excellence*, um desejo feminino”, só resta uma conclusão, que a menina e a mulher para Freud são sujeitos desejanter. E mais, que não é a maternidade que se encontra como equivalente ao feminino, ou como suposta realização da mulher, mas sim a presença de um objeto fálico.

O desejo que a inaugura como mulher não é outro senão o desejo do pênis – aquilo que lhe falta – que se manifesta através do desejo de um filho, que insistentemente foi interpretado como maternidade. É, inclusive, esse salto, do pênis para o bebê, que parece

²⁸ O objeto fálico deve ser compreendido como o correspondente do objeto do desejo. Desejamos o que não temos, logo, na economia psíquica apresentada por Freud, a princípio, o pênis é o objeto fálico pois corresponde ao que a menina não tem. Mas essa equivalência entre pênis e falo (objeto fálico) é de ordem simbólica. O falo representa o pênis, mas ele não é o pênis. Ele representa o pênis na medida em que, para Freud, é o pênis que a menina deseja num primeiro momento. Mas o próprio pênis já é em si substituto de algum outro objeto que a menina deseja. Na sequência ele corresponderá ao bebê, e não mais ao pênis, como substituto do objeto do desejo da menina, ou seja, como substituto do objeto fálico.

caracterizar o feminino em Freud. Mas essa operação ocorre sob a condição de um recalque²⁹. De forma que, por trás do desejo de um bebê, se encontra o desejo reprimido do pênis³⁰ na menina agora mulher – razão pela qual Freud compreende que o nascimento do filho do sexo masculino cumpre mais a realização que se encontra latente na mulher.

Tal é a conclusão que pude chegar: é o recalque que faz a mulher freudiana numa equação na qual o que se apresenta não é a mãe ou a maternidade como solução, mas um bebê substituto do desejo de pênis, recalcado. Diante disso, pergunto-me de que forma essa constatação me ajuda a refletir sobre a vulnerabilidade psíquica do puerpério?

Se isolo na letra de Freud a feminilidade como resultado do encontro da mulher com a própria castração, a vulnerabilidade seria o inevitável desse encontro. Um encontro com a própria falta. Pois o bebê, ao menos nos primeiros meses de vida, não pode recobrir a falta da mulher, como se propõe com a ideia de realização. Ao contrário, o recém-nascido parece antes reforçar esse buraco aberto pelo recalque no feminino. Pois o bebê, na linguagem freudiana, não corresponde ao pênis tão desejado. Mesmo que ele venha com o aparato anatômico tão aclamado, ainda assim, ele não é o pênis, mas um substituto e ela sabe muito bem que é um substituto (ZAFIROPOULOS, 2013). O desejo da mulher permanece assim aberto, insatisfeito, e, portanto, sempre em busca de satisfação.

Esta não é uma armadilha, [...]. É uma satisfação, esta é a mina de ouro no plano freudiano. [...] É por isso que, além disso, que os senhores muito ricos, que não podem fazer filhos a uma mulher, podem cobri-las de joias, mas o que ela quer é apenas isso: um bebê³¹ (ASSOUN; ZAFIROPOULOS, 2013, p. 28).

Há ainda outra forma de compreender a transposição dessa lógica freudiana ao período do puerpério, considerando nessa análise os efeitos psicológicos tão presentes, que traduzo através de um questionamento: não seria possível pensar que o estado de humor depressivo (ou, nos casos mais graves, uma depressão puerperal) que a mulher frequentemente apresenta no pós-parto, não estaria relacionado ao fato da mulher se deparar com o materno? Essa inflexão se impõe pelo fato de que a maternidade não é, a princípio, o que ela deseja realizar com o objeto bebê (o desejo de um bebê não necessariamente é o desejo de ser mãe), mas, de

²⁹ Por ora entendamos recalque como um tipo de repressão do conteúdo que entra em choque com o que se espera e o que é aceito socialmente. Esse conteúdo não pode ser lembrado, evocado, a não ser através de um substituto. Desenvolvo esse conceito no próximo capítulo.

³⁰ Idem.

³¹ “ce n’est pas un piège..., c’est une satisfaction, c’est le jackpot au plan freudien. (...) C’est pour cela d’ailleurs que des messieurs très riches qui ne peuvent pas faire d’enfant à une femme peuvent la couvrir de bijoux, mais ce qu’elle veut c’est ça: un enfant” (Tradução livre da pesquisadora).

alguma forma, é a maternidade que se apresenta como possibilidade quando se tem um bebê nos braços.

Devo reconhecer que, dessa forma, encontro em Freud, através da teoria sobre a feminilidade, um caminho para o problema proposto sobre a razão de tamanha vulnerabilidade psíquica do puerpério, a saber, o encontro com a castração, com a falta. Pois além de ter que se haver com a maternidade, que não se encontrava, a princípio, dentre os objetos de sua realização, ela ainda tem que se haver com um substituto do objeto tão desejado, e não com o objeto propriamente dito.

Mas, por outro lado, Freud não explica por que o desejo de um bebê é o que a mulher deseja como substituto. Por acaso, não poderia ser outro objeto substituto? Por que Freud encontrou o bebê ou o filho como resposta a esse enigma?

Na verdade, ele não está tão certo do que de fato a mulher deseja, ou o que vem a ser o desejo do bebê para a mulher, pois na sequência do texto ele deixa entrever que algo ainda lhe escapa. “Se desejarem saber mais a respeito da feminilidade, indaguem da própria experiência da vida dos senhores, ou consultem os poetas, ou aguardem até que a ciência possa dar-lhes informações mais profundas e mais coerentes” (1996 [1933], p. 134).

Os psicanalistas contemporâneos (ANDRÉ, 1998; ASSOUN, 2003; ZAFIROPOULOS, 2010, 2013) sinalizam enfaticamente que Freud esbarra no desejo da mulher, como este sendo o enigma que marca o feminino, sobre o qual Freud não cessa de tentar desvendar: “Apesar de tudo que aprendi do *desejo* da mulher, ela não me fez avançar nenhuma polegada na minha investigação sobre a natureza do que ela quer³²” (FREUD apud ASSOUN, 2003, p. 52).

É nesse sentido que é necessário compreender a famosa declaração à Maria Bonaparte: “A grande questão que resta sem resposta e à qual eu mesmo não pude jamais responder apesar dos meus trinta anos de estudo da alma feminina é a seguinte: o que quer a mulher?”. Freud não confia apenas *uma* de suas perplexidades, mas, se tomamos a fórmula ao pé da letra, *a* questão sobre a qual se exerce sua perplexidade³³ (ASSOUN, 2003, p. 51).

Na mesma perspectiva:

³² “malgré tout ce que j’ai appris du *désir* de la femme, cela ne m’a pas fait progresser d’un pouce dans mon enquête sur la nature de ce qu’elle veut” (Tradução livre da pesquisadora).

³³ “C’est en ce sens qu’il faudrait comprendre la fameuse déclaration à Marie Bonaparte: ‘La grande question restée sans réponse et à laquelle moi-même n’ai jamais pu répondre malgré mes trente années d’étude de l’âme féminine est la suivante: que veut la femme?’ Freud ne confie pas là seulement l’une de ses perplexités, mais, si on prend la formule à la lettre, la question sur laquelle s’exerce sa perplexité” (Tradução livre da pesquisadora).

Com esse ‘O que quer a mulher?’, Freud testemunha de fato – é nossa hipótese – que ele mesmo não estava verdadeiramente convencido pela sorte de axioma que ao longo de suas pesquisas o levou a indicar que a situação feminina por excelência se instala a partir do Édipo via o desejo do pênis ou do bebê. O que quer dizer, *in fine*, por uma identificação ideal à mãe no domínio do ter. Digamos logo, esse axioma constitui, do nosso ponto de vista, um dos maiores impasses do campo freudiano³⁴ (ZAFIROPOULOS, 2010, p. 14).

Mas, e a mãe, onde a encontramos nessas ruminções sobre o feminino? Ela quase não aparece como parte do desenvolvimento da sexualidade, nem sequer como objetivo final. A mãe da menina, essa sim aparece, como primeiro objeto de amor e como rival no Complexo de Édipo. Talvez devêssemos perguntar se não é justamente esse mistério sobre a mulher, ao qual Freud se apegou com tanta tenacidade, que faz obscurecer e dificultar todo acesso e compreensão relativo ao campo materno.

Deparo-me, assim, diante de um impasse. Pois, reconheço que esse caminho proposto por Freud – ou seja, da mulher que permanece à sombra de um desejo fálico, de um lado, e de um não saber sobre o seu desejo, de outro lado – não diz muito sobre o materno. Fica para a mãe apenas um campo mal definido, sempre abordada a partir de outro, do bebê, da criança, da mulher, do pai... O que me remete à ideia grega de algo intocável, algo endeusado relacionado à mãe. É, portanto, nesse terreno, sempre a partir de outro, e sempre a partir de uma certa mitificação, que se encontra a mãe na psicanálise freudiana.

Nesse ponto das argumentações, devo admitir que as contribuições freudianas a respeito do feminino já não podem dar conta dos direcionamentos que alcancei até o momento. Constato, por conseguinte, que os avanços sobre a teoria da histeria, por outro lado, servem de terreno para a continuação da análise proposta, pois a ideia de que um mal-estar que se deflagra com a chegada do bebê nos remonta à formação do sintoma observado nos casos de histeria de Freud, e, igualmente, à lógica do psiquismo freudiano. É nesse contexto que podemos compreender melhor o conceito de recalque que parece definir o feminino em Freud, e que se encontra na base da estruturação do sujeito freudiano.

³⁴ “Avec ce ‘Que veut la femme?’, Freud témoigne du fait – c’est notre hypothèse – que lui-même n’était pas véritablement convaincu par la sorte d’axiome qui tout au long des ses recherches l’a amené à indiquer que la situation féminine par excellence s’installait à l’issue de l’oedipe, via le désir du pénis ou de l’enfant. C’est-à-dire, *in fine*, par une identification idéale à la mère dans le domaine de l’avoir. Disons-le d’emblée, cet axiome constitue de notre point de vue une des impasses majeures du champ freudien” (Tradução livre da pesquisadora).

5. HISTERIA: ENTRE LOUCURA E REVOLTA FEMININA

Conhecida desde sempre, essa estranha patologia, que chamamos neurose, permaneceu vista durante os séculos como a expressão de uma patologia sexual estritamente feminina e de origem uterina. As convulsões e os sufocamentos que atravessavam a alma e o corpo das mulheres eram atribuídos a uma possessão demoníaca. O diabo enganador, dizia-se, entrava no comando das mulheres para as desviar de seu destino anatômico e as impedir de se colocar ao serviço da perpetuação da espécie humana³⁵ (ROUDINESCO, 2014, p. 61).

Mesmo que carregada de uma visão demoníaca e fantasiosa, a histeria sempre foi vista como algo que desviava a mulher do seu destino biológico, a saber, a maternidade. É interessante observar que mesmo posteriormente, quando então tornou-se alvo das preocupações dos saberes médicos, sendo portanto, abordada a partir de concepções científicas e não mais religiosas, a histeria não deixa de carregar em si mesma a carga de uma doença que manifesta uma revolta contra a ordem estabelecida. Ao exhibir seu corpo através dos sintomas histéricos, acreditavam que “elas transgrediam a ordem reprodutora e recusavam a serem mães” (ROUDINESCO, 2014, p. 61). Mas teria que haver uma explicação que desse à histeria um status de “doença legítima³⁶” (POSTEL; QUETEL, 1994, p. 287).

É Charcot, com a sua clínica, que se esforça para mostrar a legitimidade da neurose histérica. Reconhece na histeria uma origem traumática, que resulta de uma lesão dinâmica, desprovida de alteração material (POSTEL; QUETEL, 1994). É ele também quem propõe desembaraçar a histeria da presunção uterina, mostrando que os homens também podem ser acometidos de neurose histérica (ROUDINESCO, 2014). Porém, apesar de não haver dúvida alguma de que Charcot tenha proposto uma forma inovadora de pensar a histeria, é Breuer e Freud que apresentam, de fato, uma nova concepção desta neurose.

O ponto de partida não deve ser procurado na origem da histeria, mas na utilização de uma nova forma de tratamento terapêutico, que abandonava a hipnose (utilizada por Charcot, Breuer e Freud, no início de seus estudos) em prol de uma técnica que consistia levar à consciência os acontecimentos passados e esquecidos (recalcados) acompanhados do afeto que estava em sua origem. Nasce assim, a psicanálise com a técnica denominada catártica,

³⁵ “Connue depuis toujours, cette étrange maladie, que l’on appelait désormais névrose, avait été regardée pendant des siècles comme l’expression d’une folie sexuelle strictement féminine et d’origine utérine. Les convulsions et les suffocations qui traversaient l’âme et le corps des femmes étaient attribuées à une possession démoniaque. Le diable trompeur, disait-on, entrait dans la matrice des femmes pour les détourner de leur destin anatomique et les empêcher de se mettre au service de la perpétuation de l’espèce humaine” (Tradução livre da pesquisadora).

³⁶ “une maladie légitime” (Tradução livre da pesquisadora).

que se baseia nos avanços alcançados por Breuer e Freud (1996 [1893]) sobre o funcionamento do aparelho psíquico e sobre a causa da neurose histérica.

Esse método de exame tem produzido, num grande número de casos, resultados que se afiguram valiosos tanto do ponto de vista teórico como do ponto de vista prático. Eles são teoricamente valiosos porque nos ensinaram que os fatos externos determinam a patologia da histeria numa medida muito maior do que se sabe e reconhece (BREUER; FREUD, 1996 [1893], p. 39).

Mas como um fato externo, um evento qualquer, pode desencadear sintomas tão aparentemente sem sentido? Que tipo de relação pode-se encontrar entre o evento desencadeador e o sintoma manifesto? Freud menciona a relação simbólica, “uma relação do tipo da que as pessoas saudáveis formam nos sonhos” (1996 [1893], p. 41). E quanto à qualidade do evento: “qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos – tais como o de susto, angústia, vergonha ou dor física – pode atuar como um trauma dessa natureza” (p. 41).

Para Freud, o que irá determinar ou não se a experiência aflitiva causará o sintoma é a suscetibilidade da pessoa afetada, que ele distingue a partir de dois grupos: o primeiro comporta os pacientes que não puderam reagir ao evento traumático por algum motivo³⁷, e nesse caso, seus sintomas são determinados pelos conteúdos das lembranças recalçadas. Enquanto que o segundo grupo não é determinado pelo conteúdo das lembranças, mas sim pelo estado psíquico alterado que impossibilitava a reação ao evento traumático.

Nos dois casos, encontramos-nos diante de uma situação em que a reação emocional do sujeito é reprimida, e nesse caso o afeto permanece vinculado à lembrança do evento traumático que se encontra atuando sobre o sujeito de forma inconsciente. Para reforçar, destaco as palavras de Freud (1996 [1893], p. 44):

Uma ofensa revidada, mesmo que apenas com palavras, é recordada de modo bem diferente de outra que teve que ser aceita. A linguagem também reconhece essa distinção em suas consequências mentais e físicas; de maneira bem característica, ela descreve uma ofensa sofrida em silêncio como ‘uma mortificação’ [*Kränkung*], literalmente, um ‘fazer adoecer’. – A reação da pessoa insultada em relação ao trauma só exerce um efeito inteiramente ‘catártico’ se for uma reação adequada – como, por exemplo, a vingança. Mas a linguagem serve de substituta para a ação; com a sua ajuda, um afeto pode ser ‘ab-reagido’ quase com a mesma eficácia.

Esse trecho em destaque não esclarece apenas as descobertas de Freud, que o levaram (junto com Breuer) a definir o novo método que inaugura a psicanálise, o método catártico.

³⁷ Ou “porque a natureza do trauma não comportava reação, como no caso de um ente querido, ou porque as circunstâncias sociais impossibilitavam uma reação, ou porque se tratava de coisas que o paciente desejava esquecer, e, portanto, recalcará intencionalmente do pensamento consciente, inibindo-as e suprimindo-as”.

Mas, particularmente, a citação traz um importante dado para refletir sobre a forte incidência de adoecimentos psíquicos no pós-parto. Seguindo a análise de Freud, o puerpério é justamente o momento que inevitavelmente a mulher se encontra diante das duas situações que ele define como desencadeadoras da histeria, a saber, a presença de emoções aflitivas, bem como a natureza psíquica suscetível. Essas duas realidades juntas formam o terreno perfeito para o surgimento desta neurose.

Não pretendo com isso igualar as patologias psíquicas do puerpério às neuroses históricas, apesar de acabar estabelecendo esse paralelo. Mas o que de fato se evidencia é que a teoria da histeria de Freud traz importantes elementos para a reflexão do objeto que proponho. A fim de realizar essa demonstração, recorro à apresentação de um caso clínico que Freud relata no artigo *Um caso de cura pelo hipnotismo* (1996 [1892-93]). Adentro na teoria da histeria a partir desse caso clínico, por encontrar nele a primeira e única análise pormenorizada da experiência puerperal, mais especificamente, sobre a amamentação, sob o ponto de vista freudiano. Mas também, por se tratar de um dado clínico, que serve de exemplo daquilo que tão frequentemente encontro na minha própria clínica.

5.1. SINTOMAS HISTÉRICOS

Um caso de cura pelo hipnotismo (1996 [1892-93]) trata-se de um artigo pré-psicanalítico que tinha como objetivo demonstrar uma cura realizada a partir da técnica hipnótica. Mas esse dado se torna secundário diante das contribuições que Freud oferece para pensar a vulnerabilidade psíquica do puerpério, e é por essa razão que parto desse artigo para perseguir a análise da vulnerabilidade psíquica puerperal a partir das contribuições freudianas sobre a teoria da histeria.

Nesse artigo, Freud traz à cena uma mãe que apresenta sintomas que inviabilizam o aleitamento de seu primeiro filho. Esses sintomas, no texto de Freud, correspondem à pouca produção de leite, dores que a mãe sente quando coloca o bebê para mamar e perda de apetite. Sintomas que se repetem no pós-parto das duas gestações seguintes, mas que puderam ser suspensos através do tratamento hipnótico utilizado por Freud. São sintomas frequentemente julgados por vezes como frescuras de mulheres mimadas, ou totalmente não compreendidos, causando enorme espanto no entorno³⁸ dessas mulheres.

³⁸ O entorno refere-se aos familiares, amigos, profissionais que assistem a mulher e o bebê. Ou seja, todos aqueles que se encontram, de alguma forma, em torno, ao redor da mulher no momento do pós-parto.

No caso apresentado por Freud, ele supõe que o estado de excitação antes e depois do parto seria a causa fortuita da *histeria de ocasião* da paciente. E reforça a crença de que o “primeiro parto é o maior choque a que está sujeito o organismo feminino e, em consequência dele, uma mulher geralmente produz alguns sintomas neuróticos, que podem estar latentes em sua disposição” (FREUD, 1996 [1892-93], p. 165).

A tese de que a exaustão do parto e pós-parto, assim como da disposição latente, são as causas de sintomas que se manifestam no puerpério, atrapalhando, por vezes, os cuidados maternos, é frequente ao longo desse artigo. No entanto, Freud ressalta que a teoria da causa pela exaustão é parcial, pois o que está exausto de fato “são os elementos do sistema nervoso que formam o fundamento material das ideias associadas com a consciência primária; as ideias inibidas e suprimidas, não estão exaustas e, por conseguinte, predominam no momento da disposição para a histeria” (1996 [1892-93], p. 168). Está aí, de forma resumida, portanto, a descrição do mecanismo psíquico da histeria em geral: “São os grupos de ideias recalçadas – laboriosamente recalçadas – que entram em ação nesses casos, pela operação de uma espécie de contravontade, quando a pessoa cai vítima de exaustão histérica” (FREUD, 1996 [1892-93], p. 168).

Para Freud, a ideia recalçada seria não conseguir amamentar. Lanço uma primeira questão sobre a qual tentarei me debruçar ao longo deste capítulo: por que essa ideia fora recalçada? O que está em questão aí? Voltarei em breve a esses questionamentos. Antes, devo esclarecer algumas questões relativas ao artigo de Freud além de desenvolver o conceito de recalque.

Nesse texto, assim como nos textos pré-psicanalíticos em geral, Freud refere-se ao aparelho psíquico e ao sistema nervoso como coisas semelhantes. Ambos são equivalentes, como pode-se observar ao longo de sua obra. Como ilustração dessa equivalência, destaco um trecho do texto *Histeria* (1996 [1888]), do referido autor: “distúrbios psíquicos são alterações no curso e na associação de ideias, inibições na atividade da vontade, exagero e repressão dos sentimentos, etc. – que podem ser resumidos como *alterações na distribuição normal, no sistema nervoso, das quantidades estáveis de excitação*³⁹” (FREUD, 1996 [1888], p. 85).

Desta forma, como as alterações psíquicas se resumem às alterações no sistema nervoso, proponho nos enveredarmos pela descrição mais detalhada do psiquismo apresentado por Freud, para compreender o que a psicanálise, antes de se tornar a ciência psicanalítica, oferece para debater a vulnerabilidade do puerpério. É nesse caminho que

³⁹ Grifo do autor.

alguns conceitos, essenciais à obra de Freud, podem ser esclarecidos, entre eles o de recalque. Para tanto, planejo, nesse capítulo, retornar a outros textos freudianos pré-psicanalíticos.

As publicações pré-psicanalíticas, entre elas o *Projeto para uma Psicologia Científica* (1996 [1895]) e os extratos dos documentos enviados a Fliess⁴⁰ (1996 [1895]), apesar de serem manifestamente documentos com vieses neurológicos, “contém em si o núcleo de grande parte das teorias psicológicas que Freud desenvolveria mais tarde”, o que justifica o retorno a tais publicações, pois não tem apenas um interesse histórico, mas “esclarece, pela primeira vez, algumas hipóteses fundamentais mais obscuras de Freud” (EDITOR, 1996 [1895], p. 342).

5.1.1. Psiquismo freudiano

Freud definia, por volta de 1896, na carta 52 enviada a Fliess, o mecanismo psíquico como formado por um processo de estratificação. Assim, ele compreendia o funcionamento do psiquismo a partir de 5 processos: percepção, indicação da percepção, inconsciência, pré-consciência e consciência.

A percepção seria a primeira apreensão da realidade, de um dado evento, por exemplo, porém não deixa registro de memória no psiquismo. A indicação da percepção é que deixará registrado o evento ocorrido. A indicação da percepção seria a representação do evento. A inconsciência – posteriormente constitui o conceito de inconsciente – é o segundo registro e não tem acesso à consciência. A pré-consciência é a terceira transcrição. Aqui ficam as representações passíveis de acessar a consciência. E, finalmente, a consciência, nível onde o sujeito toma conhecimento do acontecido.

As representações percebidas tornam-se conscientes de acordo com algumas regras estabelecidas pelo ego. O ego compreende a totalidade do sistema nervoso, interferindo, por conseguinte, em todos os estratos do mecanismo psíquico. É ele quem determina o que vai e o que não vai acessar a consciência. Ele funciona como uma espécie de represa, de baliza, de balança psíquica pela qual as representações que chegam ao sistema psíquico passam por uma avaliação para determinar seu caminho final. Ele é o juiz: aquilo que causa dor ou desprazer não ganha acesso livre à consciência, enquanto que aquilo que provoca a satisfação, o prazer, pode tornar-se consciente para o sujeito.

⁴⁰ Wilhelm Fliess, médico especialista em nariz e garganta. Residia em Berlim. Freud manteve com ele um correspondência volumosa e íntima entre 1887 e 1902.

Essas camadas do psiquismo demonstram os processos psíquicos pelos quais um dado evento, uma dada realidade, uma experiência pessoal, são apreendidos pelo sujeito, e de que forma elas podem interferir na vida psíquica do mesmo, chegando ou não à consciência. Pois, antes de chegar ao consciente, as experiências vividas passam necessariamente pela inconsciência deixando aí um registro, uma marca. Esse registro é disposto de acordo com outros elementos, de forma associativa, relacionando-se com eles. O registro quando chega à pré-consciência, que funciona como “consciência secundária do pensamento” (FREUD, 1996 [1896], p. 283), passa por uma espécie de avaliação promovida pelo ego, que vai determinar seu destino. Quando o registro é inibido pelo ego, permanecendo no inconsciente, nos deparamos então com o recalque.

O conceito de recalque⁴¹ tem na obra de Freud um lugar de extrema importância. Seu papel é o de inibir o desprazer. Ou seja, quando um representante que chega à pré-consciência causa desprazer, esse representante sofrerá o recalque, que em outras palavras, significa que ele não será traduzido para a consciência. Permanecerá, portanto, recalcado. Nas palavras de Freud (FREUD, 1996 [1896], p. 283):

Uma falha na tradução – isto é o que se conhece clinicamente como “recalcamento”. Seu motivo é sempre a produção de desprazer que seria gerada por uma tradução; é como se esse desprazer provocasse um distúrbio do pensamento que não permitisse o trabalho de tradução.

Porém, esse conteúdo que não passa pela tradução por causar desprazer, pode, por outro lado, continuar atuante no sujeito, promovendo, desta forma, os sintomas histéricos. Para Freud o representante que sofre o recalque se encontra antes associado a um afeto, formando uma ideia. A ideia, portanto, corresponde ao representante mais afeto. Quando então o recalque se opera diante do representante, este é retirado para a inconsciência e o afeto fica livre atuante no sujeito.

Em *Um caso de cura pelo hipnotismo*, por exemplo, são as ideias inibidas e rechaçadas, como, por exemplo, não conseguir amamentar, que se impõem num primeiro plano. O representante desprazeroso fica recalcado, e o afeto se manifesta no sujeito através dos sintomas⁴².

Dois grupos de ideias entram em conflito, amamentar e não amamentar. Por causa da exaustão a que fica exposta a mulher no parto e no pós-parto, é justamente esse conjunto de

⁴¹ Eventualmente traduzido igualmente ora por repressão, ora por defesa.

⁴² Refiro-me sempre à ideia recalcada, mas o que é recalcado de fato é o representante associado a essa ideia. A ideia deixa de existir como uma unidade que une representação + afeto, e portanto, metodologicamente é possível referir-me à ideia como recalcada e não necessariamente ao representante.

ideia, a recalçada, que vem à tona de forma camuflada – pois o ego não permitiu que ela surgisse na consciência – através de manifestações sintomáticas que a representam, como dores, falta de apetite, aversão à comida, pouca produção de leite. Em outros termos, os sintomas histéricos representam, portanto, traduções alteradas dos registros iniciais que chegam à inconsciência.

Através dessas contribuições, posso afirmar que Freud constatava uma vulnerabilidade nas mulheres durante esse período perinatal. Vulnerabilidade que, em Freud, deve-se à exaustão do trabalho de parto – às causas ocasionais – e às exigências do pós-parto que agem sobre o recalque de maneira a enfraquecê-lo. Mas por que essas ideias recalçadas que ganham força na crise histérica são consideradas causadoras de desprazer e, por conseguinte, sofrem o recalque? Retorno à reflexão suscitada acima regressando ao caso clínico no seu aspecto perinatal.

5.2. O SOCIAL EM FREUD

E então: por que essa ideia fora recalçada? O que está em questão aí? Considerando o que já foi dito sobre o ego e o recalque, essa ideia foi recalçada porque não passou no teste de realidade realizado pelo ego da recente mãe. Teste de realidade que mede o prazer e o desprazer das ideias que chegam à inconsciência. Teste de realidade que utiliza como baliza um sistema de valor que em Freud apresenta-se a partir do conceito de “moral sexual civilizada” (FREUD, 1996 [1908]).

A moral sexual civilizada corresponde a nada menos do que às normas que a civilização⁴³ impõe ao sujeito humano, e que estão relacionadas ao aumento das doenças nervosas, segundo o próprio Freud alerta no trecho destacado:

Refiro-me ao aumento, imputável a essa moral, da doença nervosa moderna, isto é, da doença nervosa que se difunde rapidamente na sociedade contemporânea. Ocasionalmente, um desses pacientes nervosos chamará, ele próprio, a atenção do médico para o papel que o antagonismo existente entre a sua constituição e as exigências da civilização desempenhou na gênese de sua enfermidade, dizendo: ‘Em nossa família todos tornamo-nos neuróticos porque queríamos ser melhores do que, com nossa origem, somos capazes de ser’ [...] Os próprios neurologistas asseveram enfaticamente que existe uma relação entre a ‘alta incidência da doença nervosa’ e a moderna vida civilizada (FREUD, 1996 [1908], p. 170).

⁴³ Farei uso do termo civilização e cultura seguindo a orientação descrita pelo Editor, e por vezes utilizarei também o termo “social” num sentido semelhante: “O antigo problema da palavra alemã ‘Kultur’ por ‘cultura’ ou por ‘civilização’ foi resolvido aqui pela escolha ora de um termo ora de outro. Na verdade os tradutores foram auxiliados por essa observação de Freud no terceiro parágrafo de *O future de uma Ilusão*: ‘desprezo ter que distinguir entre cultura e civilização’”(Nota do Editor inglês, 1996 [1908], p. 168).

Destarte, como se espera de toda mãe que se preze, a norma é toda mãe se deleitar com a ideia de amamentar o fruto de tão intenso amor, e, portanto, considerando essa ideia como uma “regra” criada pela nossa cultura, qualquer mãe deve se sentir angustiada diante da ideia de não conseguir fazê-lo, chegando muitas vezes a apresentar uma doença nervosa, como, no caso apresentado, a doença histérica.

Desse modo, o ego funciona como um teste da realidade social e cultural do sujeito em questão. Assim, os registros desprazerosos são aqueles que entram em conflito com o que o social considera desejável, aceitável e normativo. Tudo o que foge à regra está, portanto, condenado à inibição imposta pelo ego.

O que quer dizer isso? Que existe um conjunto de ideias recalçadas – ou seja, que não são acessadas pela consciência por serem opostas àquilo que se considera o esperado e aceito socialmente – que ganha força diante da exaustão a que ficam expostas as mães no parto e pós-parto, e acabam por se expressarem mesmo contra a vontade do sujeito. Mas por que essa ideia sequer existiria, se, como creem certas ciências humanas, as mulheres foram feitas para gerar, parir e amamentar? Por que temer algo que nem deveria se inscrever como possibilidade no script materno? Esse receio recalçado, não seria antes a representação de um desejo inconsciente? Uma ideia que se impõe no pensamento da jovem em contraste com o que se espera dela como mãe, e que por isso mesmo é que deve permanecer silenciada? Ou seja, um conflito.

Em outras palavras, o que sugiro com essas indagações é que a ideia recalçada nada mais é do que a representação de um desejo que não pode se manifestar, pois o social jamais aceitaria sequer a possibilidade de sua existência. Não quero dizer com isso que todas as mulheres que não conseguem amamentar não o fazem porque não desejam amamentar (e que mal haveria se elas não o desejassem, não é mesmo?). Muito menos não pretendo me filiar a luta anti ou pró-amamentação. Não se trata de levantar uma bandeira partidária. Até porque acredito que essa é uma escolha bastante pessoal, não cabendo a mim definir o que é melhor para as mulheres e suas maternidades.

O que proponho é que a simples ideia de não amamentar, que utilizo aqui como exemplo, pode representar um desejo outro que se encontra em ambivalência aos deveres maternos, pois a mulher, mesmo quando põe no mundo um filho, quando se torna mãe, ela não deixa de ser mulher.

Em outras palavras, o que insisto é que existem desejos inconscientes que são contrários às demandas que o ideal materno estabelece e que as mães acabam manifestando

essa contradição interna a partir de sintomas variados que poderiam ser interpretados como uma revolta contra a norma vigente, contra esse ideal.

Melhor dizendo, as demandas que a maternidade impõe às mulheres parecem antes entrar em contradição com os desejos e ambições femininos. Ao menos da forma como essa maternidade vem sendo categorizada nas sociedades contemporâneas.

Desta forma, o caso clínico que Freud apresenta em seu artigo me coloca diante do seguinte questionamento: se é necessário reprimir ideias divergentes daquelas que a maternidade propõe, não seria mais prudente considerar, portanto, que a maternidade contemporânea ao invés de promover algo que está ali de forma natural na mulher, exige antes uma espécie de acordo entre o que se deseja enquanto mulher e o que se espera enquanto mãe? Pergunta que naturalmente questiona a concepção de mulher que considera a maternidade como verdadeira essência do feminino e que parece ter sido a de Freud.

Conflito entre mãe e mulher é o que se vislumbra como pano de fundo dos sintomas do caso clínico de Freud, no entanto, esse conteúdo sequer foi mencionado como uma possibilidade. O que me parece ainda mais coerente quando recorro à argumentação suscitada por Roudinesco (2014), de que a histeria antes de ser encarada puramente como uma doença dos nervos, representava: “[...] a expressão de uma revolta impotente das mulheres contra um poder patriarcal assombrado pelo fantasma de uma possível feminização do corpo social⁴⁴” (p. 63).

Esse conflito entre mãe e mulher requer um outro campo discursivo que extrapola as argumentações metapsicológicas que Freud nos oferece. Entram aqui a presença marcante de um debate que traz à tona a construção de um modelo de maternidade que se equivale à perfeição, e que se compatibiliza com a família freudiana. Portanto, empenho-me a seguir em uma análise sobre a mãe e a mulher, que leva em conta as perspectivas históricas e sociológicas.

⁴⁴ “[...] l’expression d’une révolte impuissante des femmes contre un pouvoir patriarcal hanté par le spectre d’une possible féminisation du corps social” (Tradução livre da pesquisadora).

PARTE 3

**A MÃE E A MULHER EM PERSPECTIVA
HISTÓRICA E SOCIOLÓGICA**

6. DO PODER PATRIARCAL À MATERNIDADE ATUAL

Por diversas vezes, me peguei pensando o quanto a família freudiana parecia, de certa forma, contribuir para o surgimento de um mito materno que, acredito, funciona como um dos constructos que fazem do puerpério um período de vulnerabilidade psíquica da mãe.

À medida que avanço nessa investigação, noto, entretanto, que mais do que uma variável que interfere na vida psíquica das mulheres, o ideal de maternidade contemporâneo tem se apresentado como um dos grandes promotores de um estado psicológico específico do puerpério.

Nesse sentido, se a neurose descoberta por Freud foi resultante das mudanças ocorridas em fins de século XVIII e início do século XIX, mudanças que resultaram, sobretudo, nas novas formas de organização familiar, como diagnostica Roudinesco em seu livro *A família em desordem* (2003), (tese sobre a qual me debruçarei ao longo desse capítulo), proponho então pensar a vulnerabilidade emocional do pós-parto como a saída da mulher diante das exigências desse novo modelo de maternidade (constituída ao longo dos séculos), que se encontram constantemente em conflito com as conquistas femininas dos últimos séculos.

Os autores convidados para essa problematização (LACAN, 1938; ROUDINESCO, 2003, 2014; YVONNE KNIBIEHLER, 2000; BADINTER, 1985, 2011; CHODOROW, 2002; THERBORN, 2006), de algum modo, trazem elementos que me ajudam a analisar se e como o nascimento da psicanálise pode ter contribuído para o surgimento desse estado alterado de consciência no pós-parto.

Como bem pronuncia a própria Badinter (1985, p. 295): “O discurso psicanalítico contribuiu muito para tornar a mãe o personagem central da família”. E mais: “A psicanálise não só aumentou a importância atribuída à mãe, como ‘medicalizou’ o problema da mãe má, sem conseguir anular as posições moralizadoras do século anterior” (BADINTER, 1985, p. 296). Sem dúvida, Badinter oferece um caminho nessa investigação.

6.1. O CENÁRIO

A questão materna sempre esteve no coração, no cerne, no centro da questão feminista. A maternidade seria o terreno por excelência da dominação masculina: gestação, parto, amamentação e criação dos filhos retiram as mulheres da própria vida, do espaço público e do trabalho, confinando-as ao mundo doméstico e impondo-lhes a dependência em relação ao homem. O cenário da submissão (NEDER, 2016, p. 74).

Fins de século XIX: as transformações que ocorreram nos últimos séculos, tais como a industrialização e a progressiva recorrência à tecnologia, sofisticando e afastando a força de trabalho dos meios de produção, a expansão do trabalho precário, a proletarização e urbanização (THERBORN, 2006), desencadearam mudanças na família e na vida das mulheres.

O patriarcado, modelo social e familiar vigente, também sofre consequências. O sociólogo contemporâneo sueco Therborn (2006, p. 41), defende que por volta de 1900 a família europeia tinha sido submetida a pelo menos três grandes mudanças institucionais e econômicas que afetaram o patriarcado: a proletarização, “uma vez que o proletário não possui propriedades para transmitir a seus filhos e porque seu poder de pai está subordinado ao poder superior dos proprietários da terra ou do capital”; a urbanização, que desafiava as autoridades tradicionais, “incluindo o patriarcado, pela exibição da heterogeneidade, suas ofertas de opções, na medida em que escapava do controle social”; e a industrialização, que além de desafiar o patriarcado, segundo o autor, desafiava qualquer arranjo familiar, “principalmente pela separação em grande escala entre o lugar de trabalho e a residência, enfraquecendo desse modo o poder paterno”.

Não pretendo com isso entrar no debate sobre se houve ou não o que denominam como declínio do patriarcado (THERBORN, 2006; ROUDINESCO, 2003). Diferentes pesquisadores divergem sobre esse ponto. A própria Roudinesco não levanta essa bandeira, conforme é possível verificar em seu livro *A família em desordem* (2003): “Longe de resultar no crepúsculo da paternidade, a abolição da monarquia gerou, na sociedade do século XIX, uma nova organização da soberania patriarcal” (ROUDINESCO, 2003, p. 37). Atendo-me, portanto, às mudanças que começam a se manifestar, mais especificamente com relação ao lugar da mãe e da mulher na família freudiana, consequente da re colocação do patriarca a partir do estatuto simbólico proposto pelo Complexo de Édipo.

Roudinesco (2003) considera a Revolução Francesa como um dos acontecimentos que abalam o lugar de autoridade reservado ao chefe de família, que resultou no fim da monarquia

absolutista. Ela estabelece uma relação metafórica entre o assassinato do rei Luís XVI em 1793, que morre guilhotinado depois da abolição da monarquia, como tendo representado a morte de todos os pais: “Ao cortar a cabeça do rei, dirá Balzac, a Revolução derrubou a cabeça de todos os pais de família” (ROUDINESCO, 2003, p. 33).

O que Roudinesco (2003) tenta demonstrar é que, “se por um lado, a Revolução Francesa abala a autoridade do pai pela via político-histórica, por outro, o assassinato do rei só reforça o declínio dessa autoridade, dando início à erosão da imagem paterna” (LEAL, 2010, p. 46) que Lacan (1938) destaca em sua obra a partir do termo “declínio social da imago paterna”. É nesse declínio que Lacan identifica uma crise psicológica, a qual ele acredita estar na origem do surgimento da psicanálise.

Não somos daqueles que se afligem com um pretenso relaxamento do laço familiar. Não será significativo que a família se tenha reduzido ao seu agrupamento biológico à medida que integrava os mais altos progressos culturais? Mas um grande número de efeitos psicológicos parecem-nos revelar dum declínio social da imago paterna. Declínio condicionado pelo retorno sobre o indivíduo de efeitos extremos do progresso social, declínio que se manifesta, sobretudo nos nossos dias nas coletividades mais atingidas por esses efeitos: concentração econômica, catástrofes políticas. [...] Declínio esse mais intimamente ligado à dialética da família conjugal, pois que se opera pelo crescimento relativo, muito sensível, por exemplo, na vida americana das exigências matrimoniais.

Seja qual for o futuro, este declínio⁴⁵ constitui uma crise psicológica. Talvez seja a esta crise que se torna necessário relacionar a aparição da própria psicanálise. O sublime acaso do gênio não explica talvez sozinho que isto aconteça em Viena – nessa altura centro de um Estado que era o *melting pot* das formas familiares mais diversas, das mais arcaicas às mais evoluídas, [...] – que um filho do patriarcado judeu tenha imaginado o Complexo de Édipo (LACAN, 1987, p. 62).

Mas o que o surgimento da psicanálise tem a ver com isso? A resposta a essa pergunta é o que faz da minha hipótese uma constatação que se inscreve no debate com as feministas.

6.2. A FAMÍLIA FREUDIANA

No final do século XIX, no momento em que Freud introduz na cultura ocidental a ideia segundo a qual o pai gera o filho que será seu assassino, o tema do advento de uma possível feminilização do corpo social já é motivo de um debate sobre a origem da família. Nessa nova perspectiva, o pai deixa de ser o veículo único da transmissão psíquica e carnal, e divide esse papel com a mãe (ROUDINESCO, 2003, p. 35).

Essa nova família que Roudinesco anuncia é a família conjugal. Para Roudinesco (2003), a invenção freudiana do Complexo de Édipo esteve na origem dessa nova concepção da família ocidental:

⁴⁵ Declínio social da imago paterna.

Ela⁴⁶ foi de certa maneira o paradigma do advento da família afetiva contemporânea, uma vez que contemplava, ao fazer desta uma estrutura psíquica universal, um modo de relação conjugal entre homens e mulheres que não repousava mais em uma coerção ligada à vontade dos pais, mas em uma escolha livremente consentida entre os filhos e as filhas (ROUDINESCO, 2003, p. 88).

Tanto Roudinesco (2003) quanto Lacan (1938) destacam que essa família e, conseqüentemente, o pai dessa família passam a ser abordados a partir de um discurso que leva em conta as funções simbólicas, oferecendo à família uma nova figura da paternidade que ganha sua expressão no Complexo de Édipo imaginado por Freud.

Lembremos o que o Complexo de Édipo preconiza: um sujeito essencialmente ambivalente nas suas emoções, que traz em si desejos que entram em conflito com os valores familiares e sociais do qual faz parte, produzindo sentimentos de culpa e angústia que acabam por sucumbir ao recalque, só sendo possível, portanto, a existência desses conteúdos no inconsciente.

Nesse enredo familiar, o pai, portanto, não exerce sua dominância através da autoridade patriarcal, mas sim como dispositivo eminentemente simbólico – onde é indispensável a participação da mãe – que produz efeito de castração no sujeito desejante e culpado. Esse dispositivo simbólico que o pai representa no Complexo de Édipo funciona exatamente como uma figura de linguagem, a metáfora⁴⁷, daí seu caráter simbólico, pois o pai dos complexos freudianos é aquele que representa, que simboliza o objeto do desejo da mãe para a criança. Ao menos é isso que se espera do pai como função simbólica, um significante do desejo da mãe, em outras palavras, um nome que possa vir como resposta à questão do desejo materno para o filho, que culmina com a separação entre mãe e bebê, fundamental para o advento da subjetividade humana.

Essa é a saída que a psicanálise pode oferecer à crise que eclodiu com o declínio social do pai, pois ela não poderia jamais solucionar a crise psicológica que Lacan sugere ter surgido desse declínio, muito menos resgatar a autoridade paterna, mas poderia se oferecer como dispositivo simbólico de ordenação psíquica, apesar da crise social do pai (LACAN, 1938).

Este dispositivo permite não só que o pai mantenha seu lugar de destaque dentro da

⁴⁶ A invenção freudiana do Complexo de Édipo.

⁴⁷ Freud não utiliza o termo metáfora em sua obra. Porém, desde o início de seus escritos podemos verificar que ele se utiliza dessa figura de linguagem ao falar dos mecanismos de construção dos sintomas neuróticos e do Complexo de Édipo, sem, no entanto, dar nome aos bois. Por outro lado, Freud se utiliza do conceito de *condensação* principalmente para falar do trabalho dos sonhos, de forma semelhante ao que se conhece por metáfora. De tal forma que o termo metáfora foi incluído a partir de Lacan como substituto do conceito freudiano de *condensação*. Na obra de Lacan, inclusive, o dispositivo simbólico que o pai representa no Complexo de Édipo é conceituado por *metáfora paterna*.

família, mas sobretudo que em torno dele possa se manter uma ordem familiar (que se declara eminentemente patriarcal). A lei que passa a reger a família ocidental do século XX não mais se sustenta na autoridade do pai soberano, mas a partir da “lei de um *logos* separador interiorizado, e, portanto desvinculado da tirania patriárquica” (ROUDINESCO, 2003, p. 91). Sendo assim, o pai simbólico é o *logos* separador.

É forçoso destacar que a metáfora onde se sustenta o poder do pai no complexo freudiano o faz às custas da mãe. E isso ocorre de duas maneiras, como tentarei demonstrar. Na primeira observação que destaco, se o pai deve vir como resposta à questão do desejo da mãe que se abre para o filho, não podemos jamais desconsiderar que a mãe nesse caso é quem deve transmitir para o filho a ideia de que seu pai seja de fato o objeto de seu desejo. E não importa o que o pai seja, se é um pai fraco ou não, o que importa é que a mulher manifeste seu desejo por ele. E não importa a maneira que a mãe o faça, mas que obviamente depende muito dela que essa mensagem seja transmitida. Coloca-se aí a responsabilidade na mãe sobre o destino do ordenamento psíquico dos filhos.

Quanto a isso eu destaco, em Freud, os textos em que fala sobre a distinção anatômica entre os sexos e a castração. Nesses textos fica evidente que a castração, por mais que credite ao pai a eficácia de sua realização, é, no entanto, à mãe que cabe se estabelecer como porta voz. Ou seja, mesmo que as mães o façam, elas o fazem reforçando a autoridade “por referência ao pai ou ao médico, os quais, como dizem, levarão a cabo a punição” (FREUD, 1996 [1924], p. 194). Desta forma, acaba por ser geralmente das mulheres que emana a ameaça de castração. Tomando algumas interpretações pós-freudianas de empréstimo, se a mãe ameaça o filho de castração é porque se encontra submetida, ela também, à lei do pai, e, portanto, ao *logos* separador (ROUDINESCO, 2003).

E por que cabe às mulheres? Simplesmente pelo fato de que quem se encontra presente no dia a dia das crianças frequentemente são as mães. Deste fato é que decorre a segunda constatação que gostaria de destacar: se o pai ao descer do altar da onipotência que possuía, perdendo status e poder, e apesar disso conservar seu lugar de destaque dentro da família, é porque, por outro lado, foi possível, ao mesmo tempo, e apesar de certa emancipação feminina, recolocar a mulher e mãe no centro da família como suporte daquilo que sozinho o pai não podia mais fazer. Em outras palavras, por volta do século XIX, o pai não conseguia mais ser a referência de autoridade e, conseqüentemente, de lei, para sua família senão com o apoio da esposa, mãe de seus filhos.

Badinter (1985, p. 41) traz uma contribuição a essa proposição quando fala das analogias de Bossuet:

Examinando essa analogia mais de perto, vemos que todas as relações expressas só funcionam graças a um terceiro termo oculto, ou pelo menos silenciado. Deus, o rei, o pai e o pastor só dirigem suas criaturas, súditos, filhos e rebanhos por intermediários vigilantes: a Igreja, a polícia, a mãe e o cão de guarda. Não seria dizer, em virtude das relações analógicas, que a mãe é como a Igreja em relação às suas ovelhas, a polícia que vigia os súditos, o cão de guarda que roda em torno do rebanho? Ela tem poder e autoridade sobre eles. E mais familiaridade também, pois não lhe tira o olho. Mas esse poder lhe foi delegado e, por sua vez, ela está submetida ao esposo como a Igreja a Cristo, a polícia ao soberano e o cão ao pastor. Seu poder não lhe é exclusivo. Está sempre à disposição do senhor.

Essa é a imagem da mãe que se pode definir a partir das leituras freudianas. Terceiro, oculto e silenciado. É justamente com essas características que ela se torna imprescindível ao funcionamento da família nos moldes patriarcais. E é dessa forma que a mulher parece retornar ao centro da família.

Sua identidade não se faz sem a conta materna. Mãe e mulher surgem como uma mesma e única coisa nas obras destacadas de Freud. Ainda que o pai da psicanálise reconheça a existência de um desejo feminino, ele não consegue elucidar esse desejo para além da sua base biológica e da herança patriarcal. É nessa perspectiva que Chodorow se debruça na crítica realizada à teoria psicanalítica em *Psicanálise da Maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher* (2002).

6.3. MATERNIDADE E DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO

Para Chodorow, ao abordar a mulher e a sexualidade feminina, a psicanálise incorreu num grave erro metodológico, deixando que a biologia, o sistema de valores patriarcais e a teoria evolucionista determinassem as bases das teorias freudianas. Chodorow (2002), assim como Badinter (1985), se empenham numa crítica ostensiva à teoria psicanalítica, sobretudo, quanto à diferenciação entre masculino e feminino que encontramos na obra de Freud, que não hesita em colocar a mulher não apenas como inferior ao homem, mas como sujeito insignificante.

Porém não me proponho aqui a estabelecer semelhante crítica, muito menos dedicar-me à análise dessas críticas feministas, se procedem ou não. O meu interesse é outro. A preocupação em trazer ao debate as duas feministas decorre do fato de que essas críticas trazem à luz os “preconceitos ideológicos” (CHODOROW, 2002, p. 181) que sustentam a teoria sobre a feminilidade na psicanálise. E segundo Chodorow, Freud “está cômico em

todos os seus escritos sobre as mulheres do cenário político em que ele trabalha e é transparente quanto ao partido que ele apoia” (CHODOROW, 2002, p. 183).

Mas antes de destacar os “preconceitos ideológicos” (p. 181) cometidos por Freud, Chodorow faz uma análise sociológica sobre a maternação das mulheres. Acredito que essa análise contribui para compreender a lógica do pensamento freudiano, uma vez que, encontramos na argumentação da autora os elementos que sustentaram, de certa forma, a ideologia de seu tempo. Segundo Chodorow (2002):

A maternação das mulheres é central para a divisão do trabalho por sexos. A função materna das mulheres tem profundos efeitos nas suas vidas, na ideologia sobre elas, na reprodução da masculinidade e desigualdade dos sexos, e na reprodução de determinadas formas de força de trabalho. As mulheres como mães são agentes decisivos na esfera da reprodução social. Como acentuam Engels e feministas marxistas, Lévi-Strauss e antropólogas feministas, Parsons e teóricos da família, as mulheres encontram a sua principal posição social dentro dessa esfera (p. 28).

O que Chodorow põe em relevo é a mulher como a figura central da esfera da reprodução social. Porém a maioria dos teóricos sociológicos não dão importância a essa esfera, e desta forma incorrem num erro grave, pois ignoram, conseqüentemente, as próprias mulheres.

Chodorow identifica o “banimento das formas de produção material com base no parentesco nas sociedades modernas” (2002, p. 28). Os laços baseados no parentesco (o que não significa dizer que se baseia no laço biológico concreto, pois a autora se refere às sociedades primitivas contemporâneas, onde pode ser observada uma linguagem própria a cada clã) funcionavam como importantes vínculos entre as pessoas no mundo produtivo. São justamente esses laços que já não são considerados importantes nas sociedades modernas. O mundo produtivo dessas sociedades passa a se organizar “cada vez mais em relações de mercado e classe, sem influência de parentesco” (p. 28). Ao que Chodorow complementa: “Além do mais, as relações da produção material e a ampliação dos vínculos públicos, políticos e associações – o Estado, enfim – que essas relações possibilitam, dominam e definem as relações familiares – a esfera da reprodução humana” (p. 28).

É nesse panorama que a autora apresenta os laços familiares, assim como os de parentesco, que se tornam cada vez mais desvalorizados, tanto para a produção de material como para a esfera da reprodução social.

É visível, porém, que os vínculos familiares de parentesco, e a vida familiar continuam decisivos para as mulheres. A organização desses laços é certamente modelada de muitas maneiras pelo desenvolvimento industrial capitalista (embora a família retenha aspectos pré-capitalistas e pré-industriais fundamentais – como, por

exemplo, a maternação das mulheres). Mas à medida que a produção saiu da esfera doméstica, a reprodução tornou-se ainda mais imediatamente definidora e limitadora das atividades diárias das mulheres e das próprias mulheres (CHODOROW, 2002, p. 29).

Não é à toa, portanto, que alguns teóricos, como Engels e Charlotte Perkins Gilman – segundo Chodorow – logo reconheceram que a família se tornava, ao mesmo tempo, “agente central da opressão da mulher” e “principal instituição na vida das mulheres” (CHODOROW, 2002, p. 29). Ou seja, a instituição principal na vida da mulher passa a se constituir justamente no principal agente de sua opressão.

Chodorow cita ainda a teoria antropológica como tendo colaborado para a teoria da família. Entretanto, o que se observa na letra da autora é que nenhuma dessas teorias – sociológicas e antropológicas – conseguiram compreender ou sequer se questionaram sobre o porquê da maternação se encontrar centralizada nas mulheres. “Embora compreendendo a importância da maternação para a reprodução social dispensam sua explicação. Simplesmente admitem que ela é social, psicológica e biologicamente natural e funcional” (p. 30). Chodorow entende que a questão sobre “como as próprias mulheres são produzidas, como as mulheres continuam a achar-se em determinada posição social e econômica” (p. 30) permanece em aberto.

Mas, a autora não se contenta com essa omissão. Reconhece que alguns pressupostos ajudam a sustentar esse posicionamento diante das mulheres e da maternação. E o que mais se evidencia é a relação estreita que as ciências estabelecem entre a mulher e a natureza. Assim, “a maternação das mulheres como aspecto da estrutura social, portanto, absolutamente não existe distinta do fato biológico de que as mulheres dão à luz e amamentam filhos” (p. 30). Nessa perspectiva, a maternação das mulheres é um produto natural e não resultado da cultura.

As razões para a maternação das mulheres acabam por nos conduzir à questão da divisão do trabalho sexual, no qual cabe à mulher cuidar dos filhos. Num misto de argumentos extraídos da natureza, aliados à teoria funcional-bioevolucionista, Chodorow vai enumerando as justificativas que as ciências sociais e antropológicas ofereceram para pensar a maternação unicamente pelas mulheres. Justificativas que, no entanto, entram em conflito com a maleabilidade social dos fatores biológicos que a maioria dos cientistas sociais defendem (CHODOROW, 2002).

A autora é direta: “o que desejo questionar é se há base biológica nas mulheres para cuidar de crianças especificamente e se as mulheres devem desempenhar toda e qualquer exigência do cuidado infantil” (p. 33).

A princípio é estranho propor uma relativização da função materna. Pois o termo materna já supõe a mãe. Todavia essa relativização faz todo sentido ao compararmos como as coisas são compreendidas com relação à função paterna, por exemplo. Se, no que diz respeito ao pai, é possível considerar sua função sendo desempenhada por outro componente familiar (a própria mãe, inclusive), por que esse exercício é tão polêmico quando se trata da mãe? Questionamento igualmente levantado por Márcia Neder (2016).

Verdade seja dita, tudo aquilo que se refere ao materno, na medida em que escapa à ideologia do natural e instintivo, é sempre encarado como problemático, polêmico e mesmo patológico. O objetivo de Chodorow, portanto, tem o seu lugar. Implica em distinguir o ato de cuidar do ato de parir.

E apesar de reconhecer, em certa medida, a divisão do trabalho sexual como herança das sociedades coletoras-caçadoras (onde as atividades de caçar acabavam sendo definidas como ocupação dos homens em razão das limitações que as mulheres sofriam no período da gravidez e no pós-parto quando tinham que carregar as crianças e amamentá-las), atesta que não podemos explicar as “formas sociais existentes meramente como relíquias de épocas passadas”, atitude que contraria igualmente o raciocínio dos cientistas sociais (CHODOROW, 2002).

Além disso, com relação às sociedades coletoras-caçadoras, baseadas na teoria funcional-bioevolucionista, e apesar de a autora encontrar razões para a divisão sexual do trabalho, não há, entretanto, argumento algum que afirme que a mulher tem mais capacidade de maternar que o homem, ou que o cuidado com os filhos deva ser desempenhado pelas mulheres por serem simplesmente do sexo feminino.

A maioria dos argumentos evolucionistas-funcionalistas não afirma que as mulheres têm maiores capacidades de maternar do que os homens à parte a lactação, embora possa afirmar (e esse argumento é questionável como generalização sobre todos os homens em comparação a todas as mulheres) que a biologia dos homens é mais apropriada para a caça. Ao invés, alegam que os homens não cuidarem de crianças era conveniente e provavelmente necessário para a sobrevivência dos bandos coletores e caçadores:

“Com o longo período necessário para a criança humana desenvolver-se e a aprender as funções e especializações dos adultos, uma vez que coletar e caçar revelou-se como importante estágio adaptativo, não houve outro modo para que a divisão se desenvolvesse a não ser entre machos e fêmeas. Não há absolutamente necessidade

de postular especiais instintos “matador” ou “maternal” em machos e fêmeas para explicar a atribuição desses papéis⁴⁸” (CHODOROW, 2002, p. 34-35).

Não era instintual, nem natural e biologicamente determinada. Era, então, conveniente e funcional, poderia dizer, que era até necessária. O mesmo não se pode dizer dos modelos sociais atuais, como evidencia Chodorow:

[...] essas análises presumem que sua explicação funcionalista explicitamente declarada da divisão do trabalho por sexos em sociedades coletoras e caçadoras, vale também para outras formas de economias de subsistência e outras formas de produção que têm semelhante divisão de trabalho. Mas não é absolutamente óbvio que uma divisão do trabalho por sexos, na qual o homem não cuida de filhos, fosse, ou seja, necessária para a sobrevivência não industriais (2002, p. 37-38).

Complementa:

Portanto, nos dias atuais, não basta dar explicação funcionalista-evolucionista para a maternação das mulheres, a menos que incluamos em nossa explicação funcional a reprodução de certa *organização* social, além da sobrevivência da espécie ou requisitos tecnológicos não mediados. Essa organização envolve dominação masculina, um determinado sistema familiar, e a dependência da mulher da renda do homem (2002, p. 39).

Em outras palavras, para Chodorow, é o tipo de organização social, baseada no modelo de família patriarcal, que acabou por definir e limitar as atividades das mulheres como mãe e esposa. E são justamente esses elementos que a autora encontra como base ideológica dos pressupostos freudianos.

A questão, entretanto, é mais complexa, considerando a família na sociedade contemporânea, e as mudanças no mundo do trabalho. O que se constata é antes a dupla jornada de trabalho que a mulher enfrenta diariamente, sendo que o cuidado com as crianças, incluído no trabalho doméstico, ganha ainda uma conotação de obrigatoriedade e, portanto, como algo que não deve ser categorizado como trabalho por estar associado à maternidade, ou seja, ao que se crê natural e instintual.

Porém, mais do que identificar esses elementos, o que o debate sobre a divisão sexual do trabalho suscita é mais um modelo de família e sociedade onde as mulheres mães se encontram sempre, de alguma forma, reféns das demandas dos filhos. O que pretendo dizer com isso é que são sempre as mulheres que têm que resolver tudo relacionado à prole, como se os filhos fossem unicamente das mães, conforme sugere o próprio título do livro de Marcia Neder *Os filhos da mãe* (2016), – que define, mais especificamente, essa exclusividade dos

⁴⁸ LANCASTER apud CHODOROW, 2002, p. 35.

cuidados e responsabilidades com relação aos filhos nas mãos da mãe, ao qual voltarei em breve.

É certo que qualquer relação social implica em certa abdicação. E isso não é diferente quando se trata da relação mãe e filho, onde a necessidade de renúncia parece ser ainda maior. Mas um filho não é só da mãe, portanto, não deveria ser apenas ela quem deve se privar em função do filho. Trata-se de uma lógica familiar que favorece a reprodução do modelo de divisão do trabalho onde cabe à mulher a responsabilidade total pelos filhos.

Esse cenário materno: de ser a principal responsável pelos filhos, responsável pela sua saúde, pela sua doença, pela sua alegria e tristeza, pelo seu bom ou mau comportamento, pelas suas manias, pelas suas birras, pelo seu temperamento, pela sua saúde psíquica e emocional, etc.; além de reforçar a marginalização do pai e seu consequente declínio na família, cenário que não é nada salutar para a mãe. E é justamente ele que encontro diariamente nos relatos das pacientes, apresentando-se como pano de fundo, talvez, mas certamente como um importante elemento que incide sobre a culpa materna, forte aliada no adoecimento psíquico.

O cenário onde se realiza o encontro da nova figura paterna – analisado por Lacan e Roudinesco – e a ascensão de um modelo de maternidade que coloca a mãe como a responsável principal pelos filhos – discutido pelas feministas, Chodorow e Badinter, apesar de partirem de pontos de vista distintos, servem de elementos para a análise proposta. Ambos são argumentos que reforçam a premissa de que a psicanálise tem um papel decisivo na promoção da condição da maternidade contemporânea, favorecendo o psiquismo vulnerável puerperal, idealizada e sustentada num modelo de mulher constituído a partir dos ideais patriarcais.

Nesse contexto, não é surpresa perceber, por exemplo, que duas obras que servem de documento para minha análise bibliográfica, a saber, *História das mães e da maternidade no ocidente*⁴⁹ (2000), de Yvonne Knibiehler, e *Um amor conquistado: o mito do amor materno* (1985), de Elisabeth Badinter, iniciam as reflexões sobre a mãe não pela mãe, mas a partir de outro elemento familiar, o pai. A primeira traz como título de seu primeiro capítulo: *À sombra do pai*, enquanto a segunda, sob o título *O longo reinado da autoridade paterna e marital* anuncia seu primeiro capítulo.

Essa observação, nada negligenciável, é mais uma evidência de que, historicamente, a maternidade e a mãe foram sempre definidas e compreendidas a partir da figura do pai e do

⁴⁹ “Histoire des mères et de la maternité en Occident” (Tradução livre da pesquisadora).

marido, e, portanto, impossível acessar a realidade de sua condição.

Nesses testemunhos, Knibiehler (2000), ao se referir às civilizações ocidentais, reforça: “Todos são ‘patriarcais’: os pais dominam a família e a sociedade⁵⁰” (p. 7). Na mesma perspectiva, Badinter (1985) ressalta que a teologia cristã, o direito romano, o absolutismo político e o legado aristotélico foram importantes fatores que reforçaram o modelo de família que recoloca a mulher no seu centro como principal responsável pela criação e cuidado dos filhos.

Porém esse retorno da mulher ao lar, que pode ser observado ao longo dos últimos séculos, traz em si algumas peculiaridades que ganham sua forma final na nova imagem de mãe (coincidindo com a mãe perfeita) que parece reinar na contemporaneidade. Segundo essas autoras, Badinter (1985, 2011), Chodorow (2002) e Knibiehler (2000), há um retorno da mulher ao lar, como se a mulher tivesse em algum momento deixado de estar lá, no centro do lar, no centro da família.

⁵⁰ “Toute sont “patriarcales”: les pères dominant la famille et la société” (Tradução livre da pesquisadora).

7. A MÃE DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Apesar do que se acredita, o cuidado com os filhos nem sempre esteve no centro das responsabilidades femininas, é o que nos atestam autoras feministas: “A maternação não dominava a vida das mulheres” (CHODOROW, 2002, p. 18), era apenas mais uma das tarefas que as mulheres tinham que lidar. E “até o século XVIII, a função materna – práticas e representações – não conhecia ainda as transformações fundamentais. A exceção da mãe de Deus, a maternidade não foi objeto de nenhuma valorização⁵¹” (KNIBIEHLER, 2000, p. 37).

Badinter (1985), por exemplo, traz em seu recuo histórico realidades extremamente contrastantes com o ideal materno atual. Ela apresenta o panorama histórico da maternidade entre os séculos XVI, XVII, XVIII, XIX e XX, que pode ser descrito da seguinte forma: século XVII, observa-se uma ternura excessiva das mães com relação aos filhos, que fora combatida por Santo Agostinho no século seguinte; século XVIII, marcado pela ausência de ternura, onde encontramos a prática da ama de leite como forte indício do que Badinter denominou “indiferença materna”; e, por fim, séculos XIX e XX, quando ocorre o resgate do amor materno, sustentado pelos ideais da “boa mãe”, momento em que a psicanálise teve, segundo a autora, papel significativo no retorno da mulher ao centro da família.

Em cada um desses séculos é possível identificar um tipo de maternidade correspondente, uma condição de mãe que se coaduna com a compreensão de uma específica condição de criança. Quando muda a forma de compreender a criança, muda também o modelo de maternidade.

Antes de adentrar-me às particularidades que a autora traz, referentes a cada século, é importante sinalizar que esse passeio histórico que Badinter realiza é característico das sociedades ocidentais, e ainda assim, de uma pequena parte dela, a França, ou melhor, as cidades mais civilizadas, onde era possível verificar melhor os efeitos das mudanças institucionais e econômicas sobre a família, tais como a proletarização, a urbanização e a industrialização. Mas, ainda que não se possa generalizar esses dados para além das sociedades analisadas por Badinter, o que a autora traz é suficiente para questionar a validade de determinadas premissas relacionadas ao maternal, como normas que parecem se estabelecer a partir do século XIX.

⁵¹ “Et jusqu’au XVIII^e siècle, la fonction maternelle – pratiques et représentations – ne connaîtra pas de transformation fondamentale. À l’exception de la mère de Dieu, la maternité ne fait l’objet d’aucune valorisation” (Tradução livre da pesquisadora).

Ou seja, quando me atendo às importantes observações que a historiadora traz em seu livro, inevitavelmente constato que se houve a possibilidade de que a maternidade tenha sido abordada e conduzida de outra maneira que não se alinha ao modelo ideal de mãe, é porque se trata de fato de algo que se constitui a partir do cultural e não de uma natureza humana imutável e determinante.

Mas essa história não se apresenta num contínuo, de forma linear, pelo contrário, a contribuição da autora é justamente nesse sentido, pois se verifica que, no que diz respeito à maternidade e à mãe, estamos longe de traçar uma unidade, um modelo que obedece a certas regras evolutivas. Muito longe disso, o que se constata é um emaranhado de realidades que ora se comungam ora se distanciam, formando uma herança histórica da mãe que se define pela variedade de situações e experiências. Seguirei, portanto, partindo dos eventos que a autora considera mais significativos e que de alguma forma influenciaram os costumes de cada época.

7.1. A HERANÇA HISTÓRICA DA MÃE: CONCEPÇÃO ACERCA DA CRIANÇA E MODELOS DE MATERNAGEM CORRESPONDENTES

Badinter parte do século XVII com o pensamento agostiniano de que a criança era o signo do mal e da impureza. Segundo Santo Agostinho (apud BADINTER, 1985, p. 55) “se o⁵² deixássemos fazer o que lhe agrada, não há crime em que não se precipitaria”. Dessa forma, a criança que amedronta, do século XVII, segundo o que a teologia proclamava, definiu o pensamento pedagógico da época – “o pensamento agostiniano reinou por muito tempo na história da pedagogia” (BADINTER, 1985, p. 57) – recomendando aos pais certa frieza e distanciamento afetivo dos filhos, sobretudo as mães, “lembrando-lhes incessantemente sua malignidade natural, que seria um pecado alimentar” (p. 57).

Ainda que na prática essa ternura tenha sido mais combatida e criticada do que efetivamente abandonada, o lugar e a forma como a criança era encarada nesse período testemunhavam um sistema de valores, tanto em relação à criança como em relação à mãe, muito diferente do que veremos nos séculos seguintes. Pois, segundo analisa Badinter: “Ariès teve o cuidado de observar que a família do século XVII, embora diferente da medieval, ainda não é o que se chama de família moderna, caracterizada pela ternura e a intimidade que ligam

⁵² O filho.

os pais aos filhos...” (1985, p. 54). É então que, antes de se tornar a criança rei, a criança que amedronta do século XVII vai dando lugar à criança estorvo do século XVIII:

A imagem trágica da infância, como concebiam os teólogos, pedagogos e filósofos, não era provavelmente a mais legitimada pelo povo em geral. [...] Considerando-se os comportamentos reais de uns e de outros, temos a impressão de que a criança é *considerada mais como um estorvo*, ou mesmo uma desgraça, do que como o mal ou o pecado. Por motivos diferentes e até opostos, a criança, e particularmente o lactente, parece constituir um fardo insuportável para o pai e para a mulher e, indiretamente, para a mãe (BADINTER, 1985, p. 63-64).

Além desse olhar sobre a criança, o século XVIII foi marcado pelo que a autora denominou “indiferença materna”, no caso das classes mais altas. Indiferença que ela identifica, sobretudo, na recusa do aleitamento.

O primeiro sinal de rejeição do filho está na recusa materna a dar-lhe o seio. E isso sobretudo numa época em que esse gesto significava uma possibilidade muito maior de sobrevivência para a criança [...]. Essa recusa podia ter motivos diferentes, mas culminava numa mesma necessidade: o recurso a uma ama mercenária, com a dupla possibilidade, segundo os recursos financeiros, de instalá-la na residência da família, ou de lhe mandar a criança (BADINTER, 1985, p. 65).

As justificativas são inúmeras, mas Badinter destaca a predominância de duas desculpas: a amamentação é fisicamente ruim e inconveniente para a mulher. É fisicamente ruim porque deforma o seio. É inconveniente porque a amamentação atrapalhava as ocupações femininas que os ideais mundanos dessa época valorizavam, sobretudo entre as classes aristocráticas e a alta burguesia, que serviam de modelo e inspiração para as outras classes. Uma mulher não poderia frequentar os salões, óperas e teatros, desfilar vestidos maravilhosos, fazer e receber visitas com as demandas que a amamentação exigia. Sem contar a perturbação que o bebê amamentado pela mãe causava ao pai, por ser recomendado, pelos médicos, a ausência de relações sexuais durante a gravidez e o período de aleitamento.

O bebê é objetivamente um estorvo para os pais e podemos compreender que tenha sido entregue aos bons cuidados de uma ama mercenária até o desmame. Mas as mães não se limitam a isso, pois é a criança, seja qual for a idade, que rejeitam em bloco. Ela é um empecilho para a mãe não apenas na vida conjugal, mas também nos prazeres e na vida mundana. Ocupar-se de uma criança não é nem divertido, nem elegante (BADINTER, 1985, p. 98).

Os dois argumentos encontram, assim, ressonâncias na ambivalência entre o ser mãe e ser mulher. Ora, lembra Badinter (1985):

Os séculos XVII e XVIII constituem justamente um período em que a mulher que tinha recursos para isso tentou se definir como tal. [...] Para tanto, a mulher teve que esquecer as duas funções que outrora a definiam por inteiro: a de esposa e a de mãe, que só lhe davam existência em relação a outrem (BADINTER, 1985, p. 100).

E o que se evidencia de imediato na análise de Badinter é que, para essas mulheres, a maternidade constituía um obstáculo a essa realização. Mas abandonar a maternidade como norteador do comportamento feminino só foi possível num primeiro momento porque a criança ainda não possuía o lugar que hoje lhe conferimos. É o que ressalta a autora:

Para compreender o comportamento de rejeição da maternidade pelas mulheres, é preciso recordar-se que nessa época as tarefas maternas não são objeto de nenhuma atenção, de nenhuma valorização pela sociedade. São consideradas, na melhor das hipóteses, normais; na pior, uma coisa vulgar (1985, p. 100).

Era algo comum, nem menosprezado nem supervalorizado, em grande parte das sociedades, sobretudo, entre as camponesas. Mas, era considerado algo vulgar, entre as francesas, aristocratas ou burguesas, entre as mulheres da cidade⁵³ (BADINTER, 1985).

A análise que Badinter realiza em *Um amor conquistado* (1985) me permite observar com relação à maternidade que, apesar de ainda não possuir o estatuto que adquiriu nos séculos XIX, XX e XXI, existia uma norma materna universal que passou a ser questionada e desvalorizada em uma pequena parte da sociedade europeia⁵⁴. Essa norma, no entanto, não estava relacionada à idealização da mãe, mas ao fato de que, ao longo da história, a mulher fora definida unicamente a partir da função de mãe e de esposa. Eram essas as únicas referências da mulher, o que acabava por estabelecer-se como norma. Ou seja, ainda que não tão idealizada, o ser mãe permanecia, de alguma forma, como importante definidor da identidade feminina.

É então, justamente quando a mulher – principalmente a francesa, segundo orienta Badinter (1985) – se empenha em uma nova definição de sua identidade nos séculos XVII e XVIII. É também neste momento quando é possível observar o surgimento de uma nova condição da criança que determinará, conseqüentemente, a concepção da nova mãe no século seguinte.

Destaco a relação entre emancipação feminina e surgimento do sentimento da infância não como simples coincidência. Parece-me antes que a mulher, ao procurar se definir como

⁵³ Badinter (1985) cita ainda a Inglaterra e a Alemanha dentre os países em que se podia verificar semelhantes mentalidades relacionadas à maternidade como vulgar, porém, salienta a autora, que essa concepção se encontrava restrita a uma pequena parte da sociedade, mais especificamente a burguesia e aristocracia desses países, assim como na França.

⁵⁴ França, Inglaterra e Alemanha.

ser autônomo, para além do ser mãe e esposa, ameaça desestabilizar todo um modelo de sociedade construído sobre o terreno da dominação masculina. O que não ocorre sem consequências: “Os homens, a sociedade, não puderam impedir o primeiro ato, mas souberam, com grande habilidade, opor-se ao segundo e reconduzir a mulher ao papel que jamais devia ter abandonado: o de mãe” (BADINTER, 1985, p. 100).

Engenhosamente preparado, portanto, o terreno para a maternidade atual, dedicada e exclusiva, onde imperam os “filhos das mães” (NEDER, 2016), tirando a mulher de aspirações pessoais para além do ser esposa e mãe, para fazê-las retornar ao centro da família, exatamente às duas identidades, de esposa e de mãe, tão caras ao patriarcalismo – ou seja, o domínio do pai, do marido, da lei e do Estado.

A partir do século XIX, encontramos, portanto, a mulher no centro da casa e da família, sustentada por valores que se constituíam em torno da mãe e da criança. Participam como poderosos aliados dessa nova maternidade que se anuncia nas sociedades modernas, a imagem da mãe idealizada, o amor materno e a criança-rei. Mas o terreno para essa nova ideologia da mãe começa a ser preparado por volta de 1700-1770. Observa Badinter:

É no último terço do século XVIII que se opera uma espécie de revolução das mentalidades. A imagem da mãe, de seu papel e de sua importância, modifica-se radicalmente, ainda que, na prática, os comportamentos tardassem a se alterar. Após 1760, abundam as publicações que recomendam às mães cuidar pessoalmente dos filhos e lhes “ordenam” amamentá-los. Elas impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho (BADINTER, 1985, p. 145).

O amor materno surge como um novo conceito, mesmo tendo existido em todos os tempos, e é ele que se converte em sustentáculo da nova imagem da mãe. Vemos então surgir em fins de século XVIII, segundo Badinter (1985), “a exaltação do amor materno como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade” (p. 146).

Com natural, entende-se que toda a mãe ama seu filho, e é a partir desse amor materno, vale reforçar, que a sociedade – com a ajuda da psicanálise – determinará que é onde se encontra a garantia do bem-estar e do desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, a sobrevivência da família.

Ocorre o que eu poderia designar como uma metonímia. A importância e o papel da família nas sociedades do século XIX têm seu foco deslocado da autoridade do pai para o amor materno, o mais novo vetor de ordenamento psíquico dos sujeitos. Nasce, assim, a nova mãe, fruto do surgimento de uma nova concepção da criança, que agora deve ser preservada,

cuidada e paparicada, mas fruto também de discursos que engenhosamente reforçam a importância e a necessidade desse personagem familiar, que é transformado num ser imprescindível à sobrevivência da criança e da família, aliado ao desejo da mulher de ser valorizada como nunca fora, ainda que a partir da maternidade (BADINTER, 1985; CHODOROW, 2002).

Porém essa mãe do século XIX é apenas um protótipo do que encontramos nos séculos XX e XXI. A imagem da mãe do século XIX foi ganhando reforços ao longo dos séculos seguintes e se transformando na mãe que hoje encontramos com frequência na clínica: a mãe idealizada.

7.2. A NOVA MÃE

1980-2010: quase sem que percebêssemos, aconteceu uma revolução em nossa concepção da maternidade. Nenhum debate, nenhum estardalhaço acompanhou essa revolução, ou melhor, essa involução. Contudo, seu objetivo é considerável, já que se trata, nem mais nem menos, de recolocar a maternidade no cerne do destino feminino (BADINTER, 2011, p. 9).

Observa-se, então, que a mãe da sociedade contemporânea não é a mesma do século XIX, como parece a princípio. Entretanto, desde os séculos passados observamos o adoecimento psíquico das mulheres, que se manifestavam através da histeria. E quanto ao século XXI, o que se pode identificar com relação aos efeitos psicológicos nas mulheres contemporâneas, uma vez que se trata de recolocar a maternidade no cerne do destino feminino?

Chodorow (2002) ao reconhecer a centralização dos cuidados com os filhos nas mãos das mães, destaca:

Embora o casamento e a idade adulta fossem antes co-extensivos com a criação de filhos, a maternidade não dominava a vida das mulheres. Uma mulher arcava com as responsabilidades da criação de filhos juntamente com uma ampla variedade de outros trabalhos produtivos (CHODOROW, 2002, p. 18).

A mulher era mãe, esposa e dona de casa. O que mudou afinal? Pois não é isso que se verifica atualmente, uma mulher que tem que dar conta da casa, dos filhos e do marido, sem contar que muitas ainda desempenham trabalhos fora de casa?

7.2.1. A dupla jornada feminina

O que mudou, segundo a autora, é que aquilo que antes era realizado como parte da atividade laboral da mulher passa a ser visto não como um trabalho e sim como uma obrigação.

As mulheres desempenhavam responsabilidades produtivas e reprodutivas, como o fizeram na maioria das sociedades através da história. [...] Com o desenvolvimento do capitalismo e a industrialização que se seguiu, a produção fora de casa se expandiu, ao passo que a produção dentro do lar diminuiu. Tecidos, alimentação, vestuário e outras necessidades domésticas, antigamente produzidas pelas mulheres do lar, tornaram-se mercadorias produzidas em massa, nas fábricas. A produção fora do lar veio a identificar-se com o trabalho propriamente dito; a casa já não era vista como um local de trabalho. Lar e local de trabalho, antigamente a mesma coisa, acham-se agora separados (CHODOROW, 2002, p. 19).

Essas mudanças acabaram por produzir transformações na família e na vida das mulheres. A divisão sexual do trabalho, entre o trabalho produtivo e trabalho reprodutivo, fica mais evidente. É o que as pesquisas desenvolvidas nesse campo têm demonstrado (MARTINS; LUZ; CARVALHO, 2010; CASTRO; SOUZA, 2012; ÁVILA; FERREIRA, 2014; SOUSA; GUEDES, 2016). Divisão que se encontra relacionada a uma configuração que se expressa nos seguintes termos: “homens/produção/esfera pública e mulheres/reprodução/espço privado, conferindo a essas associações, [...], uma qualificação da primeira como sendo da ordem da cultura e da segunda como sendo da ordem da natureza” (ÁVILA; FERREIRA, 2014, p. 14).

A família deixa de ser unidade produtiva para tornar-se uma instituição relacional e pessoal, “a esfera pessoal da sociedade” (CHODOROW, 2000, p. 19), onde cabe às mulheres os cuidados com os filhos e os maridos. Em ambos os casos, um cuidado maternal.

Vejam que o que muda não são as ocupações e responsabilidades femininas no ambiente familiar, mas sim a forma como essas ocupações passam a ser vistas pelas próprias mulheres, pela família e pela sociedade em geral. Assim, se antes o cuidado com os filhos era considerado parte de seu trabalho desempenhado no próprio lar, ou seja, mais uma das suas tarefas, agora esse cuidado passa a ser considerado como obrigação exclusivamente feminina, algo que a mulher deve desempenhar com o devotamento que a valorização deste dever requer durante os últimos dois séculos.

Não preciso ir muito longe para identificar essa realidade. Segundo os resultados da pesquisa *Trabalho remunerado e trabalho doméstico – uma tensão permanente* (2012), realizada pelo instituto Data Popular, SOS Corpo e Instituto Patrícia Galvão, 98% das

entrevistadas (de uma amostra de 800 mulheres de classes sociais distintas e variadas regiões brasileiras, que se encontram inseridas no mercado de trabalho), são as principais responsáveis pelo trabalho doméstico mesmo desempenhando trabalho remunerado, sendo que apenas 5% trabalham menos do que a jornada formal de trabalho, enquanto 60% trabalham igual à jornada formal e 35% trabalham mais do que a jornada formal de trabalho.

Esses dados só demonstram que a mulher, apesar de conquistar o mercado de trabalho, continua a desempenhar, como a principal responsável, o trabalho doméstico. Essa realidade constitui uma dupla jornada de trabalho feminino, pois além do emprego – trabalho remunerado, que 91% das mulheres entrevistadas, consideram fundamental em suas vidas –, essas mulheres assumem, praticamente sozinhas, as responsabilidades do trabalho com a casa e com os filhos.

Das entrevistadas, 45% não têm ajuda alguma para cuidar dos filhos, sendo que entre as casadas, 71% não recebem ajuda do marido, e entre as solteiras, viúvas e separadas, 64% recebem a maior ajuda da própria mãe. E mesmo quando possuem algum tipo de ajuda, gratuita ou remunerada, as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelo trabalho não remunerado que a casa e os filhos solicitam. Trata-se de “sobrecarga de trabalho e de tempo de trabalho em decorrência de uma jornada que compreende trabalho assalariado e trabalho doméstico não assalariado” (ÁVILA; FERREIRA, 2014, p. 18).

Em outra pesquisa, realizada em 2009, por pesquisadores da Universidade Católica do Salvador (Ucsal), onde o foco não é o trabalho doméstico como um todo, mas especificamente o cuidado com os filhos, 73,3% das mães entrevistadas se consideram as principais responsáveis pelo cuidado dos filhos, enquanto 69,3% dos pais consideram a mãe a principal cuidadora (CASTRO; SOUZA, 2012). Esses dados – de ambas as pesquisas – só reforçam a assertiva de que o trabalho doméstico e o cuidado com os filhos são assimilados como trabalhos femininos por essência, seguindo, portanto, o viés que leva em conta o considerado natural e instintivo como definidor dos papéis sexuais nas sociedades. Disso, Ávila e Ferreira (2014) concluem que:

As mulheres ampliam sua participação no trabalho remunerado carregando consigo as tarefas domésticas e de cuidado, enfrentando no cotidiano uma tensão permanente. Se há variações na participação das mulheres no mercado de trabalho, a participação no trabalho doméstico permanece inalterável. Não se trata, como querem as análises funcionalistas, de uma difícil conciliação de papéis, mas de um antagonismo que está no âmago da conformação das relações sociais de sexo em uma sociedade patriarcal (ÁVILA; FERREIRA, 2014, p. 23).

As políticas chamadas de conciliação – conciliação entre trabalho remunerado e família – a que as autoras se referem como estando em voga nas formulações de políticas públicas dos países do Norte – se mostram mais como políticas que asseguram a “manutenção das mulheres como responsáveis pelas duas esferas de trabalho, uma vez que a concepção de conciliação deixa totalmente preservado o sistema de separação das esferas de produção e reprodução” (ÁVILA; FERREIRA, 2014, p. 22), e por consequência, a divisão sexual do trabalho e a dupla jornada de trabalho feminino, além da marginalização do papel do pai nos cuidados com os filhos.

Ainda que 43% discorde que cuidar da casa é responsabilidade da mulher, ou seja, quase metade das entrevistadas, o que foge à ideia de naturalização do feminino, o mesmo não parece incidir sobre o cuidado com os filhos, na pesquisa *Trabalho remunerado e trabalho doméstico – uma tensão permanente* (2012).

Os filhos são tratados como prioridade na vida das mulheres ouvidas na etapa qualitativa da pesquisa, são aqueles a quem elas mais se dedicam e com quem o encontro representa a melhor parte do dia. Via de regra, os cuidados com os filhos (alimentação, atenção, transporte, roupas, etc.) não foram mencionados espontaneamente na etapa qualitativa quando as mulheres se referiram às tarefas domésticas – ou seja, os filhos não foram associados a um fator gerador de trabalho, tarefas ou algo que possa se assemelhar a um fardo (MACHADO, 2014, p. 68).

Quando se trata do cuidado com os filhos, a preocupação das mulheres ouvidas recai sobre as dificuldades que enfrentam em suas rotinas para dar lhes atenção. O papel da mãe é prioritário em suas vidas. O que chama atenção, no entanto, é a ideologia que parece sustentar esse comportamento, uma ideologia que reforça a premissa de que os filhos são responsabilidades da mãe, unicamente da mãe. Ao menos é o que se verifica nas entrevistas:

O companheiro não é pensado como uma figura que poderia diminuir esse conflito ao compartilhar esse tipo de cuidado com os filhos – muitas mulheres relataram inclusive ver com maus olhos homens que são responsáveis por levar filhos a hospitais ou buscá-los nas escolas. Nesse caso, o julgamento recai sobre as mães: ‘Penso logo: ‘esse menino não tem mãe?’’(São Paulo). ‘Mulher tem preconceito se um homem leva o filho para o hospital, a gente logo pensa: ‘que mãe é essa?’’(São Paulo) (MACHADO, 2014, p. 69).

Pode-se concluir que o cuidado com os filhos é entendido pelas mulheres entrevistadas como responsabilidade da mãe. Assim, o pai pode até “ajudar”, mas cabe a elas a dedicação. Ainda que na pesquisa realizada por pesquisadores da Ucsal, os escores apresentados mostrem uma divisão mais equilibrada no cuidado com os filhos (principalmente entre os

casais mais jovens), a mãe ainda é considerada a cuidadora principal por ambos os cônjuges (73,3% dos casos).

Neste sentido, os resultados das pesquisas apresentadas entram em consonância com as experiências relatadas na clínica. O que se verifica é que a imagem da mãe do século XIX foi se transformando no que Marcia Neder (2016) denominou maternolatria: “No manual da maternolatria, a mãe deve se anular como mulher, como indivíduo com vontade própria, para que só intervenha a vontade dos filhos” (p. 108).

Essa dedicação exclusiva e intensa com relação aos filhos, apesar de naturalizada pelas próprias mulheres, é um dos componentes que dificultam na viabilização do tempo para cuidar de si mesmas, como indica a pesquisa *Trabalho remunerado e trabalho doméstico – uma tensão permanente* (2012) (58% das mulheres entrevistadas gostariam de ter mais tempo para cuidar de si mesmas).

A maternolatria encontra ressonância no que Winnicott propõe com o conceito de “mãe suficientemente boa” (1949) e corresponde à mãe idealizada da obra *Emílio* ([1752] 2001) de Rousseau, que autores contemporâneos (BADINTER, 1985; FORNA, 1999; ROUDINESCO, 2003; NEDER, 2016) insistem em tomar como um dos precursores de uma corrente do pensamento que institui a ideia de boa mãe, influenciando o surgimento da nova mãe. Sobre isso, Neder (2016, p. 92) destaca:

A mãe suficientemente boa de Winnicott seria o retrato perfeito da mãe idealizada por Rousseau, pela qual os séculos XIX e XX tanto batalharam. Essa é a mãe que se dedica inteiramente ao filho e que sente prazer em fazê-lo; disso depende a saúde mental da criança. A mãe deve amamentar seu bebê sem regras nem horas fixas por pelo menos nove meses. Ela só é boa o suficiente se for capaz de se adaptar às necessidades do filho, o que exige que ela permaneça disponível como se ainda o carregasse no ventre.

Desta forma, Rousseau com *Emílio*, e, posteriormente, Winnicott com a mãe suficientemente boa, fundam e reforçam a maternidade contemporânea que se sustenta no mito da mãe perfeita, que escritora Aminatta Forna descreve da seguinte maneira:

O mito da maternidade é o mito da ‘Mãe Perfeita’. Ela deve ser completamente devotada não só aos filhos, mas a seu papel de mãe. Deve ser a mãe que compreende os filhos, que dá amor total e, o que é mais importante, que se entrega totalmente. Deve ser capaz de enormes sacrifícios. Deve ser fértil e ter instinto maternal, a não ser que seja solteira e/ou pobre, e nesse caso será aviltada precisamente por essas condições. Acreditamos que ela é a melhor, e a única capaz de cuidar corretamente dos filhos, e que eles exigem sua presença contínua e exclusiva. Ela deve incorporar todas as qualidades tradicionalmente associadas à feminilidade, tais como acolhimento, ternura e intimidade. Queremos que ela seja assim e assim que tentamos fazê-la (FORNA, 1999, p. 11).

O curioso é que essas mudanças foram ocorrendo de tal maneira que passou a comandar a vida da mulher como se esta fosse a norma desde sempre. Uma obrigação servil. Porém uma servidão satisfeita por ser sustentada, ousou propor, pela culpa materna que nasce juntamente com o novo valor instituído: o amor materno (BADINTER, 1985).

Obrigatório, ou não, escravidão ou não, o que se observa é que a partir desse modelo de mulher que a coloca no centro da família como responsável pelos cuidados com os filhos, ela ganha um lugar de destaque na família e nas sociedades. Ou seja, é a partir da maternidade que a mulher alcança um status social; a partir do momento em que o foco da família desloca-se da autoridade para o amor; do pai para a mãe (BADINTER, 1985). Então, como não aderir a esses preceitos difundidos? Finalmente agora, ela, mulher, encontrou “uma tarefa necessária e ‘nobre’, que o homem não podia, ou não queria, realizar. Dever que, ademais, devia ser a fonte da felicidade humana” (BADINTER, 1985, p. 147).

A nova mãe associa-se, portanto, a um modelo normativo de mulher. Mãe e mulher, se em algum momento eram identidades distintas (ao menos foi o que se tentou nos séculos XVII e XVIII em alguns países da Europa), voltam a representar um único modelo de indivíduo cuja fusão corresponde à perfeição.

A mulher, desde sempre subordinada ao homem, é agora valorizada como mãe. No plano biológico, a dissecação e o microscópio emancipam o olhar medical da autoridade dos Antigos e da autoridade da igreja; o corpo da mulher, primeiro abrigo de todo ser humano, torna-se digno de respeito e de cuidados. No plano psicológico, o amor maternal, tão necessário ao pequeno ser humano, emerge como valor fundamental da nova sociedade. No plano social, a compaixão maternal é convocada a ajudar a infelicidade. A glorificação da maternidade se impõe durante todo o século XIX⁵⁵ e a primeira metade do século XX. É uma forma nova, afável, paternalista, do patriarcado⁵⁶ (KNIBIEHLER, 2002, p. 61).

⁵⁵ Badinter (1985) frisa que um objetivo de tal exaltação da mulher mãe como a única capaz de bem cuidar do filho, responderia a uma preocupação do Estado com a alta mortalidade infantil, e que o poder médico em muito colaborou para legitimar a maternação por parte da mulher, assim como também a Igreja, se não pelos mesmos propósitos, para assegurar seu controle sobre a educação da criança, através da mãe, em dogmas religiosos.

Note-se que para o Estrado, em distintas formações capitalistas e, inclusive, em certos períodos do socialismo, a ideologia da maternidade como exclusiva da mãe, e a superioridade dessa no cuidar dos filhos, permitiu o não investimento em serviços que viessem substituir atividades domésticas, e considerar a família (reificada na figura feminina) como o modo próprio do cuidar das crianças.

⁵⁶ “La femme, toujours subordonnée à l’homme, est alors valorisée comme mère. Au plan biologique, la dissection et le microscope ont émancipé le regard médical de l’autorité des Anciens et de l’autorité religieuse; le corps de la femme, premier abri de tout être humain, devient digne d’égards et soins. Au plan psychologique, l’amour maternel, si nécessaire au petit d’homme, émerge comme valeur fondamentale de la nouvelle société. Au plan social, la compassion maternelle est appelée à secourir les malheureux. La glorification de la maternité s’impose durant tout le XIX^e siècle et la première moitié du XIX^e. C’est une forme nouvelle, débonnaire, paternaliste, du patriarcat” (Tradução livre da pesquisadora).

Quase que inquestionável a razão pela qual as mulheres aderiram a esse modelo. Qual mulher, que vivera no século XVIII, ou que tenha sido, de alguma forma, influenciada pelos valores existentes desse período, não se sentiria seduzida pelas promessas que o modelo de maternidade disseminado no século XIX anunciava?

Mas o poder e o status que se alcança a partir desse modelo de maternidade custa muito caro: custa a própria personalidade da mulher, a existência do sujeito que se encontra por detrás da mãe.

Sem contar que as mudanças observadas nesse panorama feminino aconteceram de tal forma que nos dão a sensação de que uma reviravolta ocorre na vida da mulher, no entanto, essa transformação a mantém no mesmo lugar, agora, porém, submetida aos serviços de outro tirano, o filho. Pois, “à medida que a maternidade das mulheres tornou-se menos interligada com suas outras tarefas indispensáveis, tornou-se também mais isolada e exclusiva” (CHODOROW, 2000, p. 19). Uma outra forma de escravidão? Talvez. Porém sob outra forma de submissão, que se compraz com o declínio do poder do pai na família. Forna (1999) lembra, por exemplo, que o que parece ser a ascensão da mulher, referindo-se à sua entrada no mercado de trabalho, mostra-se, na verdade, a pesada sobrecarga do duplo papel, de provedora e de responsável pelos cuidados domésticos.

A valorização da mulher através desse modelo de maternidade se apresenta na prática como uma faca de dois gumes. E o resultado muitas vezes vai da culpa para o conflito e do conflito à vulnerabilidade emocional que pode sucumbir ao adoecimento. O modelo de mãe ideal se mostra então incompatível com a saúde materna.

7.2.2. A mãe ideal

A psicanalista Marcia Neder destaca a encruzilhada onde a mulher é colocada com o imperativo da maternidade perfeita. Em *Os filhos da mãe* (2016), ela traz trechos de casos clínicos que representam o cotidiano da minha clínica. Penso ser relevante transcrever alguns desses trechos para exemplificar o cenário vivo da maternidade contemporânea:

Lembrei-me da Vânia, uma mãe com dois filhos, me dizendo: “Eu tenho de mentir para as pessoas sobre o tempo que deixo meus filhos com a babá, imagina se fosse em uma creche! Sempre digo que é muito menos tempo do que de fato é, porque sei que, se eu falar a verdade, todo mundo vai cair me matando. Ou então vão me olhar com aquela cara tipo ‘nossa, como você é má, egoísta, pensando em você em vez de pensar nos seus filhos’.

O rastro de indignação que a mãe vestida com roupa de academia ou biquíni costuma deixar atrás de si quando leva seu bebê à creche é tão eloquente quanto o que deixa a outra, que depois volta para casa mesmo sem ter compromissos. “Como

assim? Que mulher é essa, minha gente?” “Pra que essa criatura teve filho” “Se não quer cuidar, não tem que ter filho”.

E veja que isso tudo é fato recente, são cobranças, exigências e expectativas em relação à mãe de hoje – primeira metade do século XXI – em uma das cidades supostamente “mais abertas” do país em termos de mentalidade e comportamento, o Rio de Janeiro.

Penso em Virgínia se queixando: ‘Virei mãe e me perdi de mim, perdi minha liberdade, perdi minha identidade. Se deixo meu filho na creche ou com a babá e vou ao cinema, as pessoas me tratam como um monstro egoísta: como assim, divertindo-se em vez de cuidar do filho? Você não se sente culpada por ‘abandonar’ o Pedrinho? Se eu não incluir meu filho em tudo que faço, nem que seja mentalmente, sou negligente, má, abandonadora. A maternidade é uma prisão’ (NEDER, 2016, p. 55-56).

Os relatos clínicos de mães nos quais tive a oportunidade de escutar são reveladores de um discurso perverso que constrange e reprime a mulher que decide se tornar mãe. Não há espaço, no modelo de maternidade atual, para a especificidade da experiência materna, pois cristalizou-se um *modus operandi* que exclui tudo que diz respeito à mulher que se encontra por trás da mãe.

Nesse formato da maternidade contemporânea, o filho se constitui um anexo da mãe, uma continuidade eterna, para quem a mãe deve total submissão. O modelo de maternidade que tem o filho como “algebra da mãe” (NEDER, 2016, p. 75), representa o aprisionamento da mulher não apenas a um modelo de mãe, a mãe perfeita, mas principalmente, o aprisionamento à condição de ser mulher unicamente como mãe. Não há espaço para a subjetividade feminina, “o nascimento é um luto, um eclipse, uma desaparecimento de si, e é nesses termos que hoje muitas mães descrevem a maternidade” (2016, p. 135), como no relato de uma mãe que Neder traz em seu livro:

Depois que meus filhos nasceram, perdi o controle da minha vida, do meu dia, das minhas horas, de quem eu era. Era, porque não podia mais ser. Sinto muita culpa dizendo isso para você, mas fazer o quê, né? É o que sinto. Embora não reclame, eu me sinto permanentemente derrotada vivendo em função da maternidade e da família (2016, p. 135).

São relatos como esse que presencio cotidianamente na clínica, e que só demonstram o quanto a maternidade contemporânea exige da mulher uma espécie de irrealidade. Serve de testemunho a própria fala de Neder:

Cria-se um mundo irreal, habitado por seres que não são humanos – por que os humanos sentem raiva, irritação perdem a paciência, e seus anjinhos aprendem bem cedo onde o nosso calo dói. Essa perfeição irreal envergonha a mãe e a enche de culpa. Isso pode abrir espaço para agressão, contra o filho ou contra ela mesma: falhando em suas tentativas de corresponder a essa mãe sagrada e santificada, a

mulher irritada e decepcionada pode entrar em um ciclo que alterna raiva e decepção com mais culpa e esforços decepcionantes (NEDER, 2016, p. 147).

Marcia Neder traz relatos de mulheres em diversos momentos de sua maternidade, mas se transfere essas observações para o momento específico do pós-parto, no qual a mulher se encontra mais vulnerável, devo reconhecer que a situação emocional deste sujeito se encontra ainda mais fragilizada. Por isso é que proponho, com base nos casos clínicos que já acompanhei e venho acompanhando, que esse ideal materno pode agravar o quadro de *blues puerperal*, e, portanto, pode tornar a mulher mais vulnerável do que frequentemente se apresenta, favorecendo ainda mais a possibilidade de surgimento de uma *folie puerpérale*.

Pesquisas atuais caminham nessa direção, é o caso de *O mito da mãe perfeita e seu impacto na depressão pós-parto* (AZEVEDO; ARRAIS, 2006), desenvolvida na Universidade Católica de Brasília. Com o objetivo de identificar os fatores psicossociais associados à depressão no pós-parto, o estudo utiliza-se de vários recursos metodológicos, entre eles o estudo de caso que traz a experiência de Vanuza (nome fictício).

Entre outros conteúdos, Vanuza comunicou que ser mãe é: ‘não ir ao shopping; ser mãe é não ter tempo para conversar com as amigas; ser mãe é não ter tempo para si mesma; o difícil é ser várias coisas e ser mãe quando se tem poucas pessoas para ajudar; ser mãe é dedicação exclusiva’. Vanuza faz uma breve lista de renúncias, de abnegação, quase uma punição, compatíveis com a postura socialmente esperada das boas mães, que devem padecer no paraíso e se sacrificar por sua prole (AZEVEDO; ARRAIS, 2006, p. 273).

Além de associar maternidade e sacrifício, a pesquisa encontra outros aspectos ressaltados por Vanuza. Entre eles: a falta de rede de apoio; a privação de sono; a dupla jornada de trabalho; e, por fim, o sentimento de fragilidade descrito por Vanuza nos seguintes termos: “Ser mãe é pisar em uma casquinha de ovo, e os dois podem quebrar” (p. 274).

Todas estas considerações – que podem ser identificadas no caso clínico da pesquisa de Azevedo e Arrais (2006), como as analisadas por Chodorow (2000) e Badinter (1985), e do mesmo modo, as relatadas por Marcia Neder (2016) – me induzem a crer que a maternidade, como vem sendo concebida, tem importante influência na saúde psíquica da mulher no pós-parto. É nessa perspectiva que se alinha a pesquisa de Azevedo e Arrais (2006):

Nossa hipótese é de que essas pressões culturais sob as quais as mulheres invariavelmente exercem a maternidade, associadas ao sentimento de incapacidade em adequar-se a uma visão romanceada desse estado, acabam por deixá-las ansiosas e culpadas, suscitando dessa maneira conflitos que predisporiam a depressão pós-parto (AZEVEDO; ARRAIS, 2006, p. 270).

Compartilho dessa hipótese que estabelece uma relação estreita entre o surgimento da patologia psíquica puerperal e o modelo de maternidade contemporânea. Entretanto, observo que a vulnerabilidade psíquica do pós-parto fica de fora desse debate. Noto que o peso recai sempre na patologia, nos efeitos patológicos que determinada situação – como, por exemplo, a maternidade idealizada – pode promover nas mães e puérperas.

Insisto na vulnerabilidade, pois quando se trata dela, estamos no terreno da normalidade, da não patologia, ainda que muitas manifestações sintomáticas dessa vulnerabilidade – choro intenso, certa tristeza, alteração de humor, entre outros – sejam consideradas, a princípio, sintomas de quadros patológicos. Insisto nesse estado especial da mãe por perceber que ele é mal interpretado, dificilmente encarado como algo comum e próprio a esse período delicado da chegada do bebê.

Em outras palavras, defendo a hipótese de que a vulnerabilidade é uma manifestação psicológica decorrente do modelo de maternidade atual. Equação psíquica que corresponde a um tempo necessário para a mulher constituir psiquicamente sua identidade de mãe e o novo papel que essa identidade representa pessoal e socialmente. Ou seja, os avanços na vida da mulher e da família – que culminaram de certa forma, em mudanças tais como a fragilidade do pai, e a emancipação da mulher, etc. – resultaram na necessidade de um tempo de elaboração psíquica que desse conta das novas responsabilidades da mulher no mundo moderno diante do nascimento do filho. Não se trata mais apenas de ser mãe e esposa, mas de ser mãe, esposa, amiga, filha, profissional, trabalhadora, provedora, conciliadora, administradora do lar e da vida daqueles que fazem parte de sua vida, entre eles, filhos, marido, casa, pai, mãe...

Neder (2016), ao referir-se à sua própria experiência, oferece o seguinte testemunho:

Escrever sobre a maternidade em primeira pessoa é antes de tudo, proceder à minha evisceração, desentranhando a maternidade da minha experiência comum, banal. Pois é disso que a maternidade é feita, do dia a dia, dos pequenos acontecimentos, do trivial simples, das imensas alegrias de um convívio que se repete durante anos na monotonia de um ritual, e não dos grandes ‘traumas’ e infortúnios, dos fatos espetaculares ou surpreendentes que mudam o curso de muitas vidas e alimentam romances. A maternidade concreta não pisa no tapete vermelho. Não, ser mãe não é isso. E se há alegrias gigantescas, como tristezas e decepções, elas se dão muito mais, eu ousaria dizer, no interior dos personagens do que em fatos e feitos grandiosos (p. 117).

O testemunho de Neder traduz o quanto a maternidade divulgada pelas mídias sociais, estampada nas capas das revistas, e reproduzida pela sociedade e pela família contemporânea,

na verdade diz respeito a um espetáculo irreal que se quer vender com propósitos outros e que não leva em consideração o bem-estar materno, e muito menos o desejo da mulher.

Mas, a partir do momento em que a mãe se tornou tão imprescindível para o desenvolvimento psicossocial do filho, precisamos dar o espaço devido às experiências maternas que ocorrem silenciosamente no interior de cada mãe. Por que esse mutismo generalizado? Certamente, porque ainda estamos presos à concepção da mulher e da mãe estabelecida nos moldes do ideal materno que equivale mãe e mulher, mãe e natureza. Não há espaço na ideologia da maternidade contemporânea para o conflito e ambivalências maternas. Diante disso, a saída possível para a mãe muitas vezes é o adoecimento psicológico, como o próprio caso de Freud se mostra testemunho, sem, no entanto, explorar de fato as experiências maternas, a maternidade e a mãe como objetos a serem estudados.

Entretanto, o debate sobre o qual me detive neste capítulo mostra o quanto é necessário, sim, explorar, para além dos limites da biologia feminina, a especificidade do campo materno. Pois, se o ideal materno pode ser interpretado como um dos construtos que fragiliza ainda mais a mãe, é por que há uma realidade interna e uma especificidade ligada ao campo materno que evitamos reconhecer e divulgar.

Entender a mãe e a especificidade psíquica própria da maternidade como um campo à parte, campo que não pode ser definido pela mulher nem pela feminilidade, é permitir que a mãe possa ser compreendida para além do modelo normativo que se constituiu ao longo dos séculos.

Proponho, assim, uma via argumentativa que se dispõe a desvelar a experiência interna da maternidade, que de certa forma desmistifica o ideal de mãe que definiu a maternidade dos últimos séculos. Essa via é a da psicologia clínica perinatal, para a qual me dirijo no próximo capítulo.

PARTE 4

**A ABORDAGEM PSICOLÓGICA E PSICANALÍTICA
DA MÃE E DA MULHER**

8. O CAMPO MATERNO

A mãe não foi objeto de estudo de Freud, o que sugere que o caminho proposto por este autor não diz muito sobre o materno. Mas, ao mesmo tempo, não se pode falar em Complexo de Édipo sem falar da mãe. Ainda que o vetor de norteamto psíquico proposto por Freud seja o pai, sem a mãe a função designada ao pai perde seu sentido, principalmente ao considerar o declínio da imagem do pai nas famílias burguesas, declarado e explorado por Lacan, o que é debatido no sexto capítulo. Como aí demonstro, diante de um pai fraco, resta à mãe se oferecer como sustentáculo da organização psíquica dos sujeitos em desenvolvimento. Deixarei de lado o debate sobre os efeitos desse deslocamento (do pai para a mãe) quanto à organização psíquica, atualmente bastante explorado por autores contemporâneos (BROUSSE, 2015; CAMPOS, 2015; LAURENT, 2015, entre outros), e me deterei nas particularidades do continente materno focalizado pela psicologia clínica perinatal.

Essa clínica, centrada no nascimento do ser humano e nos processos de parentalidade⁵⁷ que a acompanham, nasceu há poucas décadas de uma prática clínica interdisciplinar em que a psiquiatria da puerperalidade possui um papel essencial (MISSONNIER, 2012).

Recorro a essa nova ciência advogando que ela traz um olhar ampliado sobre a maternidade. Historicamente se compreende que a psicologia clínica perinatal resulta de uma construção de especialistas do soma e da psiquê. A interação e troca constantes entre esses especialistas, psiquiatras de crianças e de adultos, e psicólogos implicados na clínica interdisciplinar em perinatalidade é o que dá destaque a essa clínica, em contraste com outros setores da saúde mental (MISSONNIER, 2012), uma vez que:

A psicologia clínica perinatal é indissociável da sua *interdisciplinaridade*: a psiquiatria do adulto e da criança, a ginecologia-obstétrica, a neonatologia, a pediatria, a medicina geral, os locais de acolhimento e cuidados do bebê e os serviços sociais constituem as múltiplas redes de transmissão onde a conquista comum de consistência é sua marca identitária⁵⁸ (MISSONNIER, 2012, p. 13).

⁵⁷ O termo parentalidade, também bastante recente, diz respeito à internalização do sentimento de ser mãe e ser pai, à construção do papel parental que está relacionado a um processo psicossocial. Enquanto que perinatalidade diz respeito ao processo fisiológico que ocorre no corpo da mulher.

⁵⁸ “La psychologie Clinique périnatale est indissociable de son *interdisciplinarité*: la psychiatrie de l’adulte et de l’enfant, la gynécologie-obstétrique, la néonatalogie, la pédiatrie, la médecine générale, les lieux d’accueil et de soins du bébé et les services sociaux en constituent les multiples relais d’un réseau dont la conquête commune de la cohérence est la signature identitaire” (Tradução livre da pesquisadora).

Assim, indissociável de sua interdisciplinaridade, centrada sobre um objeto que não pode ser resumido a uma unidade, uma vez que se constitui no encontro entre três elementos: o nascer humano, o tornar-se pai e o tornar-se mãe –, essa ciência permitirá compreender, não apenas a vulnerabilidade do puerpério como algo não patológico mas, ao mesmo tempo, retirar de vez a vinculação entre mãe e mulher que as ciências naturais, a igreja, e as sociedades patriarcais defenderam durante os últimos séculos.

8.1. O PSIQUISMO MATERNO PRÉ-NATAL

Para começar, alguns autores dessa corrente observaram o quanto a gestação, assim como o pós-parto, podem ser de extrema vulnerabilidade psíquica para as mães. Expostas a um tipo de funcionamento mental específico, designado por Bydlowski (2002) de transparência psíquica, a mãe fica submetida a uma permeabilidade psicológica, que se manifesta a partir do afrouxamento dos recalques, permitindo que os conteúdos inconscientes e pré-conscientes cheguem à consciência com mais facilidade. Estado psíquico que se assemelha de maneira metafórica às trocas observadas entre mãe e feto através da placenta.

Na prática, observamos as gestantes voltadas mais para seu próprio mundo, extraindo-se cada vez mais do mundo exterior, até como forma de se prepararem para o momento esperado, o nascimento do filho. É verdade que muitas mulheres não manifestam socialmente esse comportamento e se dedicam ao trabalho doméstico ou ao mercado de trabalho até o último dia de suas vidas de grávidas. Para tudo há exceções! Mas mesmo nessas exceções, o que se constata nos discursos clínicos é bem outra realidade interna. Deparo-me na clínica com a ambivalência de sentimentos, com a presença marcante de conteúdos infantis de sua própria experiência quando criança e inúmeros medos, muitas vezes, aparentemente inexplicáveis, mas que encontram seus nexos na história pessoal de cada mulher, para onde elas retornam, como parte de seus discursos.

Verifica-se, desta forma, a presença de uma imagem de si mesma que cada gestante vai descrevendo, mas não apenas de quem ela é no momento atual, mas, sobretudo, de quem ela foi enquanto criança – se foi uma criança chata ou quieta, chorona ou alegre; e como sua mãe foi enquanto mãe, como foram os cuidados recebidos por essa mãe, se foi uma mãe presente ou ausente, sufocante ou negligente, etc. (BYDLOWSKI, 2010a).

O medo geralmente se refere exatamente a esses elementos. O medo de ser igual à própria mãe, ou de não conseguir ser uma mãe tão boa como sua mãe fora; o medo de ter um

bebê que lhe demandará muita paciência como acredita que foi ela para a sua própria mãe, ou, medo de não ter um bebê feliz e tranquilo como acredita ter sido.

A imagem que se estabelece a partir das experiências vividas por cada mãe quando ela mesma ainda era um bebê, equivale psiquicamente, segundo Bydlowski (2002), a um objeto interno. Um objeto para onde se dirige a atenção e as preocupações da mulher grávida. Esse objeto, no entanto, representa de forma metafórica o próprio bebê que a gestante carrega, o feto. Essa relação de identificação entre o objeto interno da mãe e o bebê inaugura uma relação narcísica entre os dois. Os dois se equivalem, se complementam, não apenas fisicamente, mas, sobretudo, psiquicamente.

Essa equivalência significa que tudo o que a mãe revive internamente com relação às suas próprias lembranças infantis e os medos e alegrias que as acompanham, ela projeta no feto. O bebê fica carregado, então, dessas fantasias e significações que a mãe na verdade havia relacionado aos objetos primitivos (mãe e pai...) de sua própria história.

Então o que ocorre depois do parto? “Que se passe bem ou mal, o parto é sempre uma ruptura no tempo psíquico imaginário dos desejos que acompanham uma mulher durante a gestação: uma ruptura na continuidade das identificações inconscientes...”⁵⁹ (GUYOMARD, 2008, p. 115). Não é à toa que os pesquisadores se referem ao parto como ruptura (BYDLOWSKI, , 2010a; GUYOMARD, 2008; MARCÉ, 1858; MISSONNIER, 2012).

Uma interrogação se impõe: “à qual posição paradoxal uma mulher é convocada ao ser mãe?”⁶⁰ (GUYOMARD, D., 2008, p. 113). Se durante a gestação as coisas já se apresentam de forma complexa, não posso esperar menos do pós-parto. E de fato, não espero. Porque cada relato dessas pacientes só reforça minha crença de que a maternidade é algo que se encontra mergulhado na complexidade e em contradições. Além disso, as ideias que o meio social e de comunicação reproduzem sobre esse universo não chegam nem perto da realidade vivida pelas mulheres, na maternidade.

Sendo assim, reforço: com o que a mulher se depara na aventura da maternidade? Posso responder, sem receios, pois o caminho perseguido me permite a afirmação que, diante do nascimento do bebê, a mulher se depara com um vazio. Um vazio, sobretudo de sentido, de significação, ao mesmo tempo recheado de fantasmas das relações idealizadas da infância.

Um vazio promovido, segundo Drossart (2012), pela existência de uma descontinuidade no psiquismo materno entre o período pré e pós-natal, fenômeno conhecido

⁵⁹ “Qu’il se passe bien ou mal, l’accouchement est toujours une rupture dans le temps psychique de l’imaginaire des désirs qui ont accompagné une femme pendant sa grossesse...” (Tradução livre da pesquisadora).

⁶⁰ “À quelle position paradoxale une femme est-elle convoquée pour être mère?” (Tradução livre da pesquisadora).

como *baby blues*, que o autor sugere descrever sob o nome de *hiato perinatal*⁶¹. Um vazio resultante da perda do objeto interno, “[...] correspondente à perda da criança intrauterina⁶²” (2012, p. 39).

O *baby blues* é igualmente encontrado em outros autores (BYDLOWSKI, 2002, 2010a, 2010b; DROSSART, 2012; GUYOMARD, 2008) como resposta à posição paradoxal à qual uma mulher é convocada a ser mãe. Condição que se refere a um tempo psíquico que a psicanalista Guyomard descreve da seguinte forma:

O ‘baby blues’ é uma necessidade, a depressão do pós-parto seria o fracasso dessa necessidade psíquica. Ele não é um acontecimento patológico, é um tempo vivido conscientemente ou não, necessário à reapropriação do desejo da mãe por esse bebê. Poderíamos paradoxalmente pensar o ‘baby blues’ como fora do tempo da comunidade humana, um tempo de solidão radical para a mulher. O efeito traumático do nascimento do ‘vazio’ – e não unicamente do ventre, o corpo da mulher – o espaço psíquico fantasmático, preenchendo-o de outra forma – traumáticamente – por um tempo breve, resultando de uma realidade: aquela de dois corpos, de uma mulher geradora e de um pequeno humano⁶³ (2008, p. 115).

A ruptura que se manifesta através do que se convém denominar *baby blues*, refere-se a nada menos do que a um tempo psíquico de onde pode advir o campo materno. Este, por sua vez, não nasce, como se costuma crer, juntamente com o nascimento do bebê. “O maternal, não é uma mãe e uma criança, é toda uma história de desejos conscientes e inconscientes, de identificações⁶⁴” (GUYOMARD, 2008, p. 114). Sendo assim, o campo materno refere-se a um processo psíquico que deve acontecer para que ocorra o encontro entre mãe e bebê.

Vejam que o materno não diz respeito à mulher, mas à relação entre mãe e criança e todas as identificações e desejos que estão relacionados a essa dupla em tal relação. Sem o encontro com o bebê, o materno não existe. Ou seja, não é o fato de ser mulher que faz de uma mulher uma mãe com o nascimento do bebê. É necessário que haja além de uma mulher e de uma criança, identificações e desejos, e ainda processos psíquicos que poderão tornar esse materno possível, e que permitirão à mulher elaborar essa nova identidade considerando essa sua realidade.

⁶¹ Ver Drossart (2012).

⁶² “[...] correspondant à la perte de l’enfant intra-utérin” (Tradução livre da pesquisadora).

⁶³ “Le ‘baby blues’ est une nécessité, la dépression post-partum serait plutôt le ratage de cette nécessité psychique. Il n’est pas un événement pathologique, c’est un temps vécu consciemment ou pas, nécessaire à la réappropriation du désir de la mère pour cet enfant-là. On pourrait paradoxalement penser le ‘baby blues’ comme hors temps de la communauté humaine, un temps de solitude radicale pour une femme. L’effet traumatique de la naissance ‘vide’ – et pas uniquement le ventre, le corps de la femme – l’espace psychique fantasmatique, le comblant autrement – traumatiquement – pour un temps bref, le saturant d’une réalité : celle de deux corps, celui d’une femme génitrice et celui d’un petit humain” (Tradução livre da pesquisadora).

⁶⁴ “Le maternel, ce n’est pas qu’une mère et un enfant, c’est toute une histoire! De désirs conscients e inconscients, d’identifications” (Tradução livre da pesquisadora).

Desta forma, a maternidade não se encontra na sua biologia de fêmea. A maternidade é um acontecimento que requer processos outros, que passam pelo biológico, mas que não são determinados por ele. Esse campo, onde o biológico não é quem dita as regras como supunham, origina-se assim do que convém chamar *baby blues*, claramente reconhecido como uma necessidade psicológica (GUYOMARD, 2008). E como se trata de uma necessidade, não pode ser, portanto, considerada patológica.

8.2. O BLUES PÓS-NATAL

Por muito tempo o conceito de *baby blues* permaneceu sob o domínio exclusivo das “parteiras que o denominavam ‘disforia’ ou síndrome do terceiro dia⁶⁵” (BYDLOWSKI, 2010b, p. 196). Isento de conotação patológica, o blues⁶⁶ acabou por se tornar interesse dos pesquisadores em perinatalidade, provavelmente por ser observado em uma quantidade substancial de mulheres e certamente por seus sintomas não corresponderem ao ideal de que o nascimento do filho é o momento de maior realização da mulher.

Fenômeno que poderia ser considerado universal dado à sua incidência de 50 a 80% dos casos, o *blues* ora é mencionado como transtorno, o que lhe confere uma carga patológica; ora reportado como estado de sensibilidade ou de alteração de humor não patológico, mas que, no entanto, não o isenta de certa conotação negativa, ao menos no que diz respeito à nossa cultura, que dissemina a crença de que a chegada do filho ocorre sem ambiguidades, e que qualquer afeto negativo que acomete a mulher nesse momento é julgado como anormalidade, “como algo da ordem do impensável” (IACONELLI, 2005, p. 2).

Impensável, talvez, como mais uma crença herdada pela psicanálise, uma vez que, como sinaliza Iaconelli, o tema do ódio em psicanálise esteve sempre associado à ideia de que apenas “os filhos seriam capazes de odiar os pais por rivalidade do pai do mesmo sexo” (IACONELLI, 2005, p. 3), mas, sobretudo, um ódio sustentado pelo conceito de Complexo de Édipo, que fornece a garantia e a possibilidade de sua existência como algo fundamental ao desenvolvimento e ordenação psíquica dos seres humanos. Permissão concedida aos filhos, mas impossível à mãe.

⁶⁵ “Les accoucheurs l’ont appelée “dysphorie” ou syndrome du troisième jour...” (Tradução livre da pesquisadora).

⁶⁶ “O termo *blues* em inglês é sinônimo de triste. Esse termo nos reenvia às canções melódicas e nostálgicas da África perdida. Pode-se dizer que o **blues** nasceu da nostalgia dos escravos negros, das saudades de sua terra natal e da liberdade, dos valores perdidos, do próprio trabalho forçado nos campos de algodão, tabaco e milho da região do rio Mississipi. Esta expressão tem o sentido de ‘melancolia’, o que traduz o sentimento dos negros desde o momento em que desembarcaram no solo norte-americano, em agosto de 1619”. (Fonte: <<http://www.infoescola.com/musica/blues/>>. Acessado dia 04/08/2016).

É nessa dicotomia entre normal e anormal que o *baby blues* pode se inscrever. Um transtorno psíquico, ainda que não patológico, o *blues* puerperal é considerado a mais leve e a mais frequente das alterações psiquiátricas do puerpério⁶⁷, que surge “nos dez primeiros dias depois do parto, com um pico entre o 3º e o 5º dia⁶⁸” (PRESME, 2012, p. 185).

Caracteriza-se por um quadro de hipersensibilidade, geralmente acompanhado de crises de choro, irritabilidade e ansiedade. Além desses sintomas, pode-se identificar outros sinais como alteração do humor, tendência ao esquecimento e confusão; dores de cabeça, um sentimento de indiferença com relação ao bebê; insegurança, tristeza, baixa autoestima, e outros. Apesar de serem comuns e normais, esses sintomas promovem uma quantidade considerável de sofrimento para a mulher (IACONELLI, 2005; PRESME, 2012).

Semelhante ao estado encontrado na preocupação materna primária descrita por Winnicott, o *blues* puerperal é fundamental para a vinculação da mãe à criança. Representa o momento de elaboração das mudanças que ocorrem dentro e fora do corpo da mulher, e, logicamente, os processos psicológicos que acompanham esse momento, que compreende o “[...] sinal de trabalho psíquico que convoca o registro do maternal, lugar de encontro e de criação do vínculo mãe-bebê⁶⁹” (GUYOMARD, 2008, p. 117). Ou ainda, segundo Bydlowski (2010a):

Mas o ‘blues’ seria, sobretudo, a tradução emocional de um tipo de desnudação psíquica permitindo à mãe entrar em sintonia com seu recém-nascido. Nesse período pós-natal, ‘o cristal do Eu maternal’ está em parte desorganizado. O ‘blues’ seria então a exacerbação dessa ‘preparação do espírito maternal para compreender os sinais de seu filho’, e esse fato explicaria sua universalidade⁷⁰ (p. 136).

Não se trata, portanto, de um processo psicológico que resultaria das alterações hormonais. Sobre isso, a psiquiatra infantil e psicanalista francesa Myriam Szefer, apresenta duas observações que colaboram para eliminar de vez a hipótese hormonal, mães de prematuros e mães adotivas. Constata Szefer:

⁶⁷ São considerados alterações ou transtornos psiquiátricos associados ao puerpério a *disforia puerperal*, conhecida também por *baby blues*, *maternity blues* ou *postpartum blues*, a depressão pós-parto, a psicose puerperal e os transtornos ansiosos – dentre eles, o transtorno de ansiedade generalizada, a fobia social, o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno de pânico e o transtorno de estresse pós-traumático (CANTILINO *et al.*, 2010).

⁶⁸ “Dans les dix premiers jours suivant la naissance, avec un pic entre le 3^e e 5^e jour...” (Tradução livre da pesquisadora).

⁶⁹ “[...] signe le travail psychique qui convoque le registre du maternal, lieu de rencontre et de création du lien mère-enfant” (Tradução livre da pesquisadora).

⁷⁰ “Mais le blues serait surtout la tradition émotionnelle d’une sorte de dénudation psychique permettant à la mère de se mettre en phase avec son nouveau-né. En cette période postnatale, “le cristal du Moi maternal” serait en partir désorganisé. Le blues serait alors l’exacerbation de cette “préparation de l’esprit maternal à saisir les indices en provenance de son enfant”, et ce fait expliquerait son universalité” (Tradução livre da pesquisadora).

Quando uma mulher dá a luz a um bebê prematuro, o qual fica hospitalizado por várias semanas em uma incubadora, ela não faz um *baby blues* nos primeiros dias que se seguem ao parto. Obviamente, ela fica deprimida e triste por não ter o bebê ao seu lado e, quando é possível, visita-o regularmente. Mas ela não experimenta essa depressão específica, nem os sentimentos de incapacidade e de falta de confiança em si, que caracterizam a depressão puerperal. E, contudo, como todas as mulheres que acabaram de passar por um parto, ela padece da famosa alteração hormonal que foi responsabilizada. E é mais surpreendente ainda observar esse fenômeno nas mulheres que adotam um filho. Nesse caso, não há hormônios em jogo, (...), visto que essa mulher não esteve grávida. Ora, dois ou três dias após a chegada do bebê em sua casa, muitas vezes, as mulheres atravessam estados depressivos, mais ou menos marcantes, como sempre, com os mesmos sintomas: choro, tristeza, falta de confiança em si, sentimento de que nunca serão capazes de serem boas mães, etc. (SZEFER, 2002, p. 203).

Szefer é direta e conclui: “é o bebê, a sua presença, que provoca o *baby blues*” (2002, p. 203-204). Mas por que a presença do bebê e o *baby blues* que o acompanha mostra-se revestido desse humor depressivo? Como sinaliza Iaconelli, certamente que “a tarefa de uma mãe de bebê é monótona, desgastante e sem recompensas ou reconhecimento do bebê, a curto prazo. O bebê é impiedoso em suas necessidades e é difícil que a mãe possa atender-lhe se estiver num estado de agitação maníaca, por exemplo” (IACONELLI, 2005, p. 4).

Observação que foi explorada por Winnicott a partir do conceito de preocupação materna primária. O humor depressivo ajuda nesse sentido, sem dúvidas, pois em função dele a mãe se encontra num estado afetivo que favorece a adaptação às novas demandas. Para que isso ocorra “a mãe tem que baixar muito suas expectativas com relação à sua própria privacidade e à agitação do mundo externo” (IACONELLI, 2005, p. 4).

Essa é uma das variáveis que pesam sobre a recente mãe. Mas a questão do conflito não justifica por que o humor da mãe se torna depressivo nesse momento de sua experiência materna. Ainda que as demandas impiedosas, o não reconhecimento a curto prazo do bebê e a abdicação de sua própria privacidade possam deprimir o humor de qualquer ser humano, há um mais além que gostaria de pontuar.

O tornar-se mãe requer da mulher muito mais do que conciliações com seus desejos femininos e a reorganização da vida pessoal e marital. Ademais, o humor depressivo do *baby blues* faz anunciar a presença de processos psicológicos, nos quais, acredito, pode-se entrever as particularidades do psiquismo materno.

E nesse terreno, o que se observa é que o estado depressivo que acompanha o *blues* puerperal está relacionado menos à chegada do bebê do que à perda que essa chegada representa psiquicamente. Uma perda vivida subjetivamente de forma semelhante a um luto. Hipótese que se sustenta no conceito de luto desenvolvido por Freud, em 1915.

8.2.1. Luto e humor depressivo

Desta forma, proponho pensar o luto como o processo psicológico próprio do *baby blues*, e para isso utilizarei o artigo de Freud, *Luto e Melancolia*, publicado em 1917. Nesse texto, Freud estabelece uma comparação entre os estados psíquicos que caracterizam o luto e a depressão, demonstrando as semelhanças e diferenças entre eles. Dessa comparação, pude verificar o quanto esses dois estados emocionais se assemelham de tal forma que muitas vezes fica difícil identificar qual processo psíquico está presente no sujeito: o *baby blues* (como manifestação de luto) ou uma depressão? Exatamente a sensação que se tem ao presenciar o estado emocional da mãe no puerpério.

Uma das distinções que Freud deixa claro é o caráter não patológico de um e o caráter patológico do outro (respectivamente), da mesma forma que é posto pela psiquiatria e psicologia perinatal. Freud dá seu testemunho:

Embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorreu considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico. Confiamos em que seja superado após certo lapso de tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele (FREUD, 1996 (1917 [1915]), p. 249).

O lapso de tempo equivale ao tempo psíquico que inúmeros autores destacam em seus textos (GUYOMARD, 2006; BYDLOWSKI, 2002, 2010a; SZEJER, 2002) como fundamental para que ocorra o encontro entre mãe e bebê. “Esse tempo, registro particular que é o maternal [...] deve ocorrer para constituir a mãe e o bebê num encontro⁷¹” (GUYOMARD, 2008, p. 114).

Mas antes do encontro há de haver um desinvestimento nos objetos perdidos, de forma a abrir espaço para o novo vínculo. Deve haver, portanto, o luto, descrito por Freud da seguinte maneira: “O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (FREUD, 1996 (1917 [1915]), p. 249).

No caso da puerpera, trata-se da já mencionada perda do objeto interiorizado, ou seja, perda da criança intrauterina (DROSSART, 2012). “Em que consiste, portanto, o trabalho que o luto realiza?... O teste de realidade revelou que o objeto amado não existe mais, passando a

⁷¹ “Ce temps, registre particulier qu’est le maternel, [...] il doit avoir lieu pour constituer de la mère et de l’enfant dans une rencontre” (Tradução livre da pesquisadora).

exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto” (FREUD, 1996 (1917 [1915]), p. 250). O objeto se encontra agora na exterioridade, trata-se não mais de um objeto interno, mas de um objeto real que deverá substituir o objeto perdido. No entanto, psiquicamente isso não pode ocorrer de forma imediata, há a necessidade de um tempo de elaboração, pois no que tange à recente mãe, poderia dizer que ela não tem consciência do que foi perdido.

Lembro, inclusive, que esse objeto perdido da puérpera se trata de um objeto que fazia parte de seu próprio corpo, e que, como tal, a complementava de alguma forma, sobretudo, psiquicamente. Quando, então, a mulher passa por essa perda, é uma parte de si mesma que ela terá que ressignificar. A libido investida no objeto interno, agora precisa ser retirada desse objeto para ser deslocada para outro objeto, o bebê real.

Gostaria de trabalhar o conceito de libido como o afeto vinculado a algum objeto; afeto que o sujeito pode ou não dirigir a um determinado objeto. Descrevo esse afeto da libido como uma atenção específica, como uma atenção que direciona o afeto ao objeto escolhido. Nessa perspectiva, o *blues* puerperal, considerado por inúmeros autores como tempo psíquico necessário à vinculação mãe e bebê, culmina justamente com esse tempo de retirada e recolocada dos investimentos libidinais da mulher no pós-parto. Por essa razão é que Drossart (2012) nomeia esse momento de *hiato perinatal*, pois, segundo ele, a mulher se encontra diante de um vazio de afetos, um vazio de afetos vinculados, de afetos sem objeto. Um vazio precipitado pelo parto e chegada do bebê, que traduz a ausência de representações e significantes que possam dar conta do que acaba de lhe acontecer, que poderá vir a ser o vínculo com o bebê, vínculo este que se espera que aconteça como sinal da maternidade. O afeto que estava ligado ao objeto interno permanece sem objeto durante o tempo que coincide com o *baby blues* e, conseqüentemente, esse afeto fica livre, solto no vazio.

O momento em que a mulher se identifica com o bebê, etapa preliminar da escolha objetal – segundo Freud (1996 (1917 [1915])) – é quando o afeto pode se direcionar ao novo objeto e advir o vínculo tão esperado entre mãe e bebê. Em outras palavras, depois de um tempo de elaboração do objeto perdido, a mulher pode estabelecer um laço com seu filho e ser, assim, introduzida ao campo materno.

Mas por que esse processo precisa ser tão penoso? Freud também se fez essa pergunta, porém reconhece ser algo difícil de explicar. Destaca, porém, que esse desprazer penoso é “aceito por nós como algo natural” (FREUD, 1996 (1917 [1915]), p. 251). No entanto, não se pode dizer o mesmo quanto ao luto do *blues* puerperal. Ainda que não seja patológico, ele é encarado socialmente como algo extremamente estranho à experiência materna. E até mesmo,

como costume ouvir de muitas famílias (sobretudo o próprio marido e a mãe da recente mãe), como algo que caracteriza a mulher como “problemática”, o que a coloca em risco quando diante de um estado depressivo mais grave, pois, como sinaliza o psiquiatra Manzano (1998, p. 131-132):

De fato, muito frequentemente essas mães não interpretam seu estado em termos de transtorno psicológico ou psicopatológico, mas em termos morais como ‘péssima mãe’, incapaz de se ocupar de seus filhos. Elas possuem, portanto, um julgamento moral sobre elas mesmas e, desse fato, não demandam ajuda, elas o escondem. É uma consequência da imagem sociocultural da maternidade (‘uma mãe não tem o direito de ter problemas’)⁷².

Essa afirmação de Manzano nos reenvia às discussões sobre a distinção entre mãe e mulher. É impossível não perceber o quanto a maternidade é de fato algo inicialmente estranho ao ser mulher. Contrariando todas as teorias e crenças ostensivamente propaladas, a maternidade requer uma imersão em um estado nada familiar, ao mesmo tempo em que põe em questão todas as crenças pessoais e familiares.

A maternidade se apresenta, de fato, como uma aventura a ser desvendada e portanto requer da mulher mais do que ela possui, pois se trata de uma mudança constante não apenas no modo de viver, nas rotinas da casa, na relação com o companheiro, mas sobretudo num acontecimento psíquico que a possibilita ser mãe de um ser humano, e que a conduz ao sentimento de perda (luto) à possibilidade de surgimento do vínculo com o bebê (amor).

Não é sem sofrimento que esse percurso se realiza. Há, no entanto, uma dificuldade em se expressarem, em manifestarem o íntimo vivido na maternidade, como indicam as observações e os testemunhos de algumas mães, presentes no livro *Tremblement de mères* (2010): “Mesmo com seu companheiro e sua família próximos, parece às vezes impossível para essas mães transmitir ou dividir essas dificuldades rigorosas⁷³” (GLANGEAUD-FREUDENTHAL, 2010, p. xii). Dificuldade muitas vezes relacionada aos “[...] sentimentos de culpa de não ser ‘a mãe perfeita’ que elas sonhavam ser para seus bebês recém-nascidos⁷⁴” (GLANGEAUD-FREUDENTHAL, 2010, p. xiii).

⁷² “En effet, très fréquemment ces mères n’interprètent pas leur état en termes de trouble psychologique ou trouble psychopathologique mais en termes moraux de “mauvaise mère”, incapable de s’occuper de ses enfants. Elles portent donc un jugement moral sur elles-mêmes et, de ce fait, ne demandent pas d’aide; elles se cachent. C’est une des conséquences de l’image socio-culturelle de la maternité (“une mère n’a pas le droit d’avoir des problèmes”) (Tradução livre da pesquisadora).

⁷³ “Même avec leurs compagnon et leur famille proche, il semble par moment impossible à ces mères de transmettre et de partager ces difficultés sévères” (Tradução livre da pesquisadora).

⁷⁴ “[...] sentiments de culpabilité de ne pas être “la mère parfaite” qu’elles souhaitaient être pour leur enfant nouveau-né” (Tradução livre da pesquisadora).

Os relatos que encontro nesse livro só reforçam o quanto a realidade do pós-parto pode ser vivida de forma particular, intensa e repleta de ambivalências, que muitas vezes levam as mães ao adoecimento psicológico de gravidade significativa. Vejam quanto o modelo da mãe perfeita intervém negativamente nessas experiências maternas. Mas, além disso, outro elemento se faz notar de forma bastante relevante, refiro-me à importância para a mãe, de um ambiente familiar e social que se mostre compreensivo e acolhedor. Os relatos dessas mães insistem “sobre a importância de um entorno familiar, social e medical acolhedor, tolerante, para chegar a ajudar a mãe” (p. xii). Por exemplo:

Isabelle diz sonhar que ela tinha um ambiente humano e que a compreendia. Rose menciona os períodos durante os quais ela sente a necessidade de cuidado imperioso da presença de ‘qualquer um para não se sentir só’ e ultrapassar suas ‘impressões de solidão’⁷⁵ (GLANGEAUD-FREUDENTHAL, 2010, p. xii).

O ambiente materno compreende o contexto social e familiar da mãe. Em Winnicott, esse ambiente é um dos fatores que pode ou não favorecer a maternidade e assunção da identidade materna, de modo que é a partir dele que o pai adquire sua importância na realização da maternidade. Participa desse contexto também a situação do casal, que quase nunca é abordada. Segundo Presme (2012), as dificuldades do casal são frequentes e “[...] fragilizam o desenvolvimento afetivo em torno do nascimento⁷⁶” (p. 178). É por esse motivo que me empenho no próximo capítulo à análise do lugar do pai.

⁷⁵ Isabelle dit le souhait qu’elle avait d’un entourage humain et qui la comprenne. Rose mentionne des périodes durant lesquelles elle ressentait le besoin impérieux de la présence de “quelqu’un pour ne pas être seul” et surmonter ses “impressions de solitude” (Tradução livre da pesquisadora).

⁷⁶ “[...] fragilisent l’environnement affectif autour de la naissance” (Tradução livre da pesquisadora).

9. O PAI E O ENTORNO DA MÃE

Ao longo dos capítulos anteriores, a mãe e a mulher estiveram sempre à frente como objeto principal das discussões realizadas. Nesse capítulo, porém, trago outro personagem familiar à cena puerperal, a saber, o pai, como um dos elementos fundamentais para a compreensão de fenômenos psicopatológicos maternos. Nessa nova proposta, a responsabilidade dos cuidados e, sobretudo, a responsabilidade sobre o desenvolvimento do bebê e da criança não se restringe, em absoluto, à mãe. O pai tem aí uma importância tão imprescindível quanto a mãe na edificação desse novo sujeito em formação.

Mas que diferença pode fazer um pai na experiência materna do pós-parto? Dito de outra forma: pode um pai intervir de forma a minimizar os possíveis efeitos patológicos da vulnerabilidade psíquica materna? São essas questões que servem de guia para a reflexão que pretendo.

Mas, falar do pai não é nada fácil, principalmente considerando que pretendo falar do pai num momento em que se espera da mãe uma entrega total na relação com o bebê. Inclusive, na literatura são utilizadas com frequência as expressões “relação dual”, “díade mãe-bebê”, ao se referir aos acontecimentos e experiências que ocorrem nesse período inicial da vida do recém-nascido. As coisas são abordadas como se tratassem apenas de uma relação dual, os personagens privilegiados são sempre mãe e recém-nascido, de forma que ao pai resta sempre um lugar secundário.

Quem traz essa observação é Serge Lebovici, psicanalista e psiquiatra francês, que muito contribuiu para a reflexão sobre o pai e as psicopatologias maternas. Lebovici anuncia: “Talvez, o movimento da pesquisa reproduziu, a nível epistemológico, uma tendência que caracteriza certos pares mãe-bebê: aquela de ignorar o papel do pai e a interferência que ele introduz nessa relação dual!⁷⁷” (LEBOVICI, 2003, p. 196). Ele se refere mais especificamente a Bowlby e a Ainsworth⁷⁸ (apud LEBOVICI, 2003), que se dedicaram ao vínculo mãe-bebê e acreditavam que depois de várias semanas o pai tinha uma importância psicológica.

⁷⁷ “Peut-être le mouvement de la recherche a-t-il reproduit, au niveau épistémologique, une tendance caractérisant certains couples mère-bébé: celle d’ignorer le rôle du père et l’interférence qu’il introduit dans leur relation duelle” (Tradução livre da pesquisadora).

⁷⁸ J. BOWLBY. *L’attachement*. 1969. Paris: PUF, 1969; e D. S. AINSWORTH. “Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship”, *Child Development*, 1969, 40, 969-1025. apud LEBOVICI, 2003, p. 196.

Mas para Lebovici “o pai não é somente aquele pelo qual se opera a separação mãe-bebê⁷⁹” (2003, p. 196) no Complexo de Édipo. Para Lebovici, a importância do pai com relação ao bebê estaria muito além disso. Ele aponta 3 maneiras de abordar a relação pai-bebê: interação direta, indireta e através da palavra materna.

Todas as 3 abordagens são relevantes para discutir o tema da maternidade, mas dentre elas, uma em especial merece atenção por se apresentar como terreno fértil para refletir a importância desse pai no puerpério e como ele pode ser um importante suporte diante da vulnerabilidade materna que se mostra presente nesse momento. Refiro-me à interação indireta entre pai-filho.

9.1. O PAI E O BEBÊ

Apesar de Lebovici sinalizar que há várias formas de abordar a relação pai-bebê, considera, entretanto, que é difícil isolar as interações desse par numa díade, “a menos que não se queira considerar senão o papel do pai nos cuidados da educação por parte do casal parental⁸⁰” (LEBOVICI, 2003, p. 326), pois “as relações do casal pai-mãe intervêm necessariamente⁸¹” (LEBOVICI, 2003, p. 327). Ou seja, para Lebovici é mais fácil perceber a relevância do papel do pai na dinâmica familiar, do que isoladamente, na dupla pai-bebê. E é justamente na relação do casal parental que o papel do pai ganha destaque e onde a interação indireta pode ser melhor percebida.

Em sua obra *L'arbre de la vie*, Lebovici faz menção à “referência social⁸²”, a qual é descrita da seguinte maneira: “queremos aqui significar que a relação dual é contextualizada por uma situação que lhe é exterior⁸³”, contextualização essa na qual o pai “pode e deve⁸⁴” também ter seu papel, quem diz é o próprio psiquiatra (2009, p. 68).

O que se vislumbra nessa situação de prematuridade biológica e psíquica é que desde sempre, antes mesmo de o bebê nascer, o pai está ali, junto à mãe, de alguma forma. Segundo as palavras de Lebovici: “Além disso, o papel do pai deve ser reconhecido desde o

⁷⁹ “[...] le père n’est pas seulement celui par qui la séparation mère-nourrisson s’opère”. (Tradução livre da pesquisadora).

⁸⁰ “[...] à moins qu’on ne veuille considérer que le rôle du père dans les soins d’élevage parentaux” (Tradução livre da pesquisadora).

⁸¹ “Les relations du couple père-mère interviennent forcément” (Tradução livre da pesquisadora).

⁸² “référence sociale” (Tradução livre da pesquisadora).

⁸³ “[...] on veut ici signifier que la relation dyadique est contextualisée par un situation qui lui est extérieure” (Tradução livre da pesquisadora).

⁸⁴ “Le père peut et doit [...]” (Tradução livre da pesquisadora).

nascimento (...). Tomado numa situação imediatamente triangular, pois a díade mãe-bebê é contextualizada por ele, o bebê sente rapidamente o processo de triangulação⁸⁵” (2009, p. 51).

É possível utilizar como exemplo não apenas a interação direta pai-bebê, que já dá provas ao bebê de que há a presença de outro diferente da mãe, mas antes disso, a própria distinção que o bebê começa a fazer desde a gestação. As diferentes vozes que escuta dentro da barriga é uma forma dele se encontrar inserido numa relação que comporta um terceiro, terceiro que posteriormente poderá desempenhar sua função junto ao Édipo.

No artigo intitulado *Le père* (1989), Lebovici deixa entrever que o que parece importar nesse momento inaugural das relações do bebê com o seu entorno é mais o lugar que o pai ocupa junto à mãe desde a gestação até o desenrolar dos primeiros meses do recém-nascido: “Depois dos trabalhos de Bowlby sobre o apego, considero que os pais têm por função ajudar suas mulheres no processo de maternalização⁸⁶” (HERZOG; LBOVICI, 1989, p. 73).

Para Lebovici, o pai é aquele que “ajuda” a mãe a desempenhar sua maternidade. Numa perspectiva semelhante, Daniel Stern defende que a função primeira do pai, no modelo tradicional de família (termo utilizado pelo próprio autor), “consiste em oferecer à mulher um suporte emocional, físico, prático e financeiro, que vai fazer a ponte com o mundo exterior e lhe deixar espaço necessário para aprender a se ocupar do bebê⁸⁷” (STERN, BRUSCHWEILER-STERN, 1998, p. 213). Em ambos, e apesar de Lebovici considerar a presença paterna como fator de importância para o desenvolvimento do bebê desde os primeiros meses, subentende-se que os cuidados diretos com o filho devem ser desempenhados pela mãe. Cabe à mulher, portanto, a dedicação exclusiva, intensa e diária aos cuidados com o bebê.

De um lado, esse ponto de vista do papel do pai – o de estar ao lado da mulher a cada etapa da maternidade, desde a gestação, enquanto suporte emocional – sugere-nos uma forma de presença do outro da mãe, interferindo de alguma maneira na relação dual. Pois se considerarmos a importância desse entorno da mulher para sua maternagem, o pai, como parte da “referência social” da mãe, estaria favorecendo a função materna. Mas, por outro lado, essa concepção do papel do pai reforça a responsabilidade dos cuidados com os filhos como responsabilidade unicamente da mãe. Nessa ótica, o pai corresponde ao que Winnicott (2000

⁸⁵ “Par ailleurs, leur rôle du père doit être reconnu dès la naissance, (...). Pris dans une situation d’emblée triadique, car la dyade mère-bébé est contextualisée par lui, le bébé ressent rapidement le processus de triadification” (Tradução livre da pesquisadora).

⁸⁶ “Depuis les travaux de Bowlby sur l’attachement, on considèrerait que les pères avaient pour fonction d’aider leurs femmes dans leur processus de maternalisation” (Tradução livre da pesquisadora).

⁸⁷ “[...] consiste à apporter à sa femme un soutien émotionnel, physique, pratique et financier, va faire tampon avec le monde extérieur et lui laisser l’espace nécessaire pour apprendre à s’occuper du bébé” (Tradução livre da pesquisadora).

[1956]) denominou ambiente materno que pode ou não favorecer a maternagem e, conseqüentemente, a saúde psíquica da mãe.

Ainda que Winnicott não reconheça de fato a presença precoce do pai na vida do bebê, como nos orienta a psicanalista Elsa Dias, que afirma que para Winnicott “o pai ainda não existe como pai, isto é, como o terceiro” (DIAS, 2012, p. 135), apesar disso, suas contribuições sobre o ambiente materno fornecem elementos que possibilitam delimitar, com o peso que de fato lhe cabe, o papel do pai no período pós-natal. E se essa revelação da importância capital do pai nesse momento é descrita por Winnicott, justamente para quem a relação mãe e bebê sempre esteve à frente de qualquer mérito, é porque, definitivamente, merecemos retomar o pai sob uma outra perspectiva.

É até intrigante abordar Winnicott nesse contexto onde o foco é o pai, uma vez que sua prioridade sempre foi a relação que se estabelece nas trocas entre mãe e bebê. Todavia, o conceito de ambiente tem aqui, particularmente, possui um significado capital nesse contexto do pós-parto e das possíveis psicopatologias do puerpério.

Algumas lacunas podem ser observadas, semelhantes às que encontramos em Lebovici (1989; 2003; 2009). Pretendo, entretanto, versar sobre a teoria winnicottiana sobre o ambiente materno, para posteriormente analisar criticamente o que esses especialistas, Lebovici e Winnicott, oferecem-nos com relação à função do pai nesse período prematuro do bebê.

9.2. O PAI: AMBIENTE MATERNO

Para começar, no artigo *A preocupação materna primária* (2000 [1956]), sobre o qual me referi na revisão bibliográfica, Winnicott indica a importância do lugar da mãe. Ao falar disso, ele se refere ao ambiente materno como aquele que pode desfavorecer ou promover o desenvolvimento do bebê. Em suas palavras:

[...] Seria muito proveitoso levarmos em conta o lugar da mãe. Existe algo que chamamos ambiente não suficientemente bom, que distorce o desenvolvimento do bebê, assim como existe o ambiente suficientemente bom, que possibilita ao bebê alcançar, a cada etapa, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos e pertinentes (WINNICOTT, 2000 [1956], p. 399).

Nesse trecho ele não menciona o pai, nem esclarece o que entende, de fato, por ambiente. No entanto, a partir dessa colocação é possível compreender que, para Winnicott, a mãe depende de fatores exteriores a ela em sua maternagem. Esse é o primeiro ponto que

gostaria de destacar: a mãe, para ser mãe, precisa de um ambiente que lhe favoreça, um ambiente de acolhimento.

Em *A amamentação como forma de comunicação* (WINNICOTT, 2006b), Winnicott menciona mais uma vez o ambiente como aquele que favorece a realização de atividades ligadas à maternidade. Pois o que a mãe precisa não é de conselhos, mas de “recursos ambientais que estimulem a confiança da mãe em si própria” (2006b, p. 22). Na sequência, ele cita o pai, considerando a importância da sua presença no momento do nascimento do bebê.

As referências ao pai não param por aí. Em *A contribuição da psicanálise à obstetrícia* (2006c), Winnicott levanta a pergunta: “O que dizer dos pais?” (2006c, p. 63). Winnicott identifica uma mudança na qualidade da participação dos pais com os avanços da ciência que redefiniu a forma de uma criança vir ao mundo. Considera que antes dos médicos, o pai tinha uma função definida:

[...] não apenas compartilhavam os sentimentos de suas mulheres e passavam por uma parte de sua agonia, como também participavam, ajudando a evitar eventuais distúrbios externos e propiciando à mãe a oportunidade de ficar preocupada, de só se preocupar com os cuidados para com o bebê que se encontra em seu corpo ou em seus braços (2006c, p. 63).

Winnicott não cita suas fontes, nem a época a que se refere. Mas posso destacar de sua observação que o autor sugere que o pai possa participar de tal maneira a ponto de prevenir o surgimento de psicopatologias perinatais.

Em outro artigo, sob o título *E o pai?* (1977), Winnicott é um pouco mais detalhista quanto ao papel do pai. Nesse texto, ele enumera diversas situações onde o pai é “valioso” (1977, p. 129). A primeira diz respeito à relação marido e mulher. Nesse caso, “o pai é preciso em casa para ajudar a mãe a sentir-se bem em seu corpo e feliz em seu espírito” (1977, p. 129). Em outras palavras, a mãe precisa sentir-se amada na sua relação com o pai do bebê. Isso certamente influenciará positivamente no seu bem-estar junto à criança também, minimizando os efeitos patológicos que podem advir da vulnerabilidade.

A segunda concerne ao fato de o pai ser um apoio moral da mãe, aquele que fornece suporte para a autoridade materna, “um ser humano que sustenta a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança” (1977, p. 129). Nesse ponto, Winnicott comenta que ele não precisa estar presente o tempo todo, mas deve aparecer com certa frequência para que a criança perceba o pai como ser de carne e osso.

Finaliza com a seguinte afirmação: “Com efeito, toda mulher tem que estar apta a falar e agir com autoridade; mas se tiver de ser tudo na casa e tiver de fornecer todo o elemento de fortaleza ou rigor na vida dos filhos, a par do amor, suportará sobre seus ombros um fardo deveras pesado” (1977, p. 129).

Nesse pequeno trecho Winnicott consegue resumir o que tentei abordar ao longo dos capítulos anteriores. A mãe não deve ser tudo. E é justamente por acharem que ela deve ser tudo ao mesmo tempo em que ela também quer ser tudo, que encontramos tanto sofrimento e culpa nas experiências maternas, que ganham expressão na minha clínica.

O apoio do pai, não é, portanto, apenas uma ajuda que o pai “bonzinho” pode oferecer à mãe. Não se trata de um ato de solidariedade e de compaixão. Mas sim de uma responsabilidade que deveria ser assumida como tal. Se consideramos a mãe imprescindível ao desenvolvimento do bebê, o pai não é menos importante. Ele não é menos importante para a recente mãe: o efeito de seu papel junto à mãe, sobretudo nos primeiros meses do bebê, pode funcionar como um valioso fator de profilaxia de possíveis patologias mentais do puerpério. Pois, o que se espera do pai (ao menos nos primeiros meses do puerpério) é a proteção e acolhimento da mãe. Segundo Dias: “Adequadamente protegida pelo seu homem, a mãe é poupada de ter de ocupar-se com as coisas do mundo externo, para poder preocupar-se inteiramente com o interior do círculo formado por seus próprios braços, no centro do qual o bebê está” (DIAS, 2012, p. 134). Se ela não encontra esse ambiente favorável, certamente que as chances de adoecimento são muito maiores.

Nota-se que mesmo para Winnicott, que tanto priorizou a relação mãe-bebê em detrimento da relação pai-bebê, reconhece que o pai é fundamental à promoção de um ambiente saudável para mãe e filho. Mas, ainda assim fica subentendido que cabe à mãe a responsabilidade principal sobre os cuidados com o filho.

Cláudia Dias Rosa, no artigo *O pai em Winnicott* (2014), possibilita, entretanto, outra maneira de abordar o pai, que não encontro, ao menos de forma direta, na letra de Winnicott:

No período de dependência absoluta, pode-se dizer que, basicamente, o pai assume dois principais papéis: o de mãe substituta, oferecendo seu colo e dividindo com a mãe parte das tarefas inerentes aos primeiros anos de vida, e o de dar sustentação à mãe, protegendo-a das interferências externas, de modo que ela possa se dedicar integralmente ao seu bebê. Além disso, ele propicia, com a esposa, os alicerces do sentido de família. Veremos como nesta teoria a família tem um valor relevante e decisivo para muitas das questões envolvidas na conquista da saúde (p. 27).

Certamente que ainda se verifica o traço marcante da teoria winnicottiana, a saber, a priorização da relação dual mãe e bebê. De fato, Rosa (2014), seguindo fielmente as

contribuições de Winnicott, vai e volta nas suas colocações, ora menciona o pai como mero ajudante da mãe ora o eleva à sua importância tanto para o desenvolvimento da criança quanto para o bem-estar materno. E, apesar do lugar do pai permanecer ainda muito secundário ao fazer referência à família, Rosa nos alerta para outra questão não menos negligenciada, refiro-me à relação entre mãe e pai – a questão do casal. Prossegue com uma citação de Winnicott que muito contribui para pensarmos a importância não apenas da mãe e do pai, mas, principalmente da relação entre eles na experiência de maternidade.

Cabe a cada indivíduo empreender a longa jornada que leva do estado de indistinção com a mãe ao estado de ser um indivíduo separado, relacionado à mãe, e ao pai e à mãe enquanto conjunto. Daí o caminho segue pelo território conhecido como família, que tem no pai e na mãe suas principais características estruturais (WINNICOTT apud ROSA, 2014, p. 27-28).

Assim, de forma pontual, Winnicott nos lembra que antes do filho vem o casal. É dessa relação entre um homem e uma mulher que a história da criança encontra sua origem, como orienta Presme (2012, p. 177-178):

A situação conjugal reenvia à história que funda a concepção da gestação, à natureza dos laços entre os pais genitores, sejam eles efetivamente um casal ou não, e à natureza do projeto do bebê em toda sua complexidade consciente ou inconsciente, bebê sonhado, desejado, ou recusado, negado, interdito, etc⁸⁸.

A relação do casal tem o seu lugar. Um lugar que nos envia ao princípio da história de cada relação, de cada gestação, de cada nascimento, de cada criança. Certamente que esse início, de onde advém a história de cada um, apresenta-se como um ponto para onde se converge a atenção da mãe. A relação do casal, seja ele efetivamente um casal ou não, como destaca Presme, é um dos assuntos mais recorrentes na clínica da perinatalidade, de onde podem surgir inúmeros questionamentos:

Qual lugar a mulher dará ao futuro pai e qual lugar ela está perto de assumir? Quais representações a mulher tem, do fato de sua própria história, das relações de casal e das relações parentais? Quais fantasmas agem de maneira inconsciente nessa prova da realização do casal? Qual olhar tem ela sobre esse homem tornar-se pai, e para ele, sobre essa mulher, tornar-se mãe? Como passar do casal, a ser dois mais um, dois mais dois, etc. Como fazer coexistir o casal “sexual” e a função “parental”?⁸⁹ (PRESME, 2012, p. 178-179).

⁸⁸ “La situation conjugale renvoi à l’histoire qui fonde la conception de la grossesse, à la nature des liens entre les parents géniteurs, qu’ils soient effectivement en couple ou non, et à la nature du projet d’enfant dans toute sa complexité consciente et inconsciente, enfant souhaité, désiré, ou refusé, nié, interdit, etc.” (Tradução livre da pesquisadora).

⁸⁹ “Quelle place la femme donne-t-elle au futur père et quelle place est-il prêt à prendre? Quelles représentations la femme a-t-elle, du fait de sa propre histoire, des liens de couple et des liens parentaux? Quels fantasmes

Ainda segundo Presme (2012), as dificuldades do casal são frequentes e podem interferir no surgimento do vínculo entre mãe e bebê e entre pai e bebê, que corresponde à maternidade e paternidade de cada personagem familiar. Essa constatação entra em contradição com a importância dada pelos especialistas (LEBOVICI, 2003, 2009; STERN, 1998; WINNICOTT, 1977, 2000, 2006a, 2006b), ao casal nesse contexto da maternidade. Pois, se por um lado, verifica-se que a relação do casal pode fragilizar o desenvolvimento do vínculo entre mãe e bebê, vínculo esse exaustivamente valorizado pelos especialistas como imprescindível para o advento do sujeito humano, por outro, o relevo ainda permanece no personagem materno.

Disso posso concluir que o pai e o casal se encontram como elementos secundários nas abordagens psicanalíticas sobre a maternidade, apesar de reconhecerem sua importância – da relação do casal e do pai – como fatores que podem interferir positivamente ou negativamente na maternidade. Acredito que não é dada a devida relevância à situação conjugal em função mesmo da secundarização em que se encontra o pai nesse contexto.

Penso que essa marginalização só reforça o cuidado com os filhos como responsabilidade unicamente da mãe. É uma forma, insisto, de prevalecer “os filhos da mãe” (NEDER, 2014), como se esses filhos não tivessem pais, mesmo quando eles estão presentes. Isso não ocorre sem consequências, nem para o filho, e muito menos para a mãe. Essa problemática me reenvia à tese lacaniana do declínio social da imagem do pai sobre o qual me detive no livro *O pai: uma função em declínio* (LEAL, 2017). Retorno a esse discurso, não mais preocupada em destacar como a carência do pai pode ser prejudicial para a constituição do sujeito, mas, sobretudo, como ela pode resultar numa instabilidade ainda maior da vulnerabilidade psíquica puerperal.

agissent de manière inconsciente dans cette épreuve de la réalité du couple? Quel regard porte-t-elle sur cet homme devenu père, et pour lui, sur cette femme devenue mère? Comment passer du couple, à être deux plus un, deux plus deux, etc. Comment faire coexister le couple “sexuel” et la fonction “parentale”?” (Tradução livre da pesquisadora).

9.3. A CARÊNCIA DO PAI E A VULNERABILIDADE PSÍQUICA MATERNA

Em *O pai: uma função em declínio* (LEAL, 2017), a carência do pai é abordada a partir do conceito de pai real, sobre o qual Lacan faz a seguinte observação:

Se a castração merece efetivamente ser isolada por um nome na história do sujeito, ela está sempre ligada à incidência, à intervenção, do pai real. Ela pode igualmente ser marcada de uma maneira profunda, e profundamente desequilibrada, pela ausência do pai real. Essa atipia, quando ocorre, exige então a substituição do pai real por alguma outra coisa, o que é profundamente neurotizante (LACAN, 1995 [1956-57], p. 226).

Há alguma coisa neurotizante, nesse caso, que é apresentada através da análise lacaniana do caso do pequeno Hans de Freud⁹⁰, que utilizarei para problematizar a importância do pai real como ambiente materno.

Hans, aos quatro anos e meio, “faz o que se chama uma fobia, isto é, uma neurose” (LACAN, 1995 [1956-57], p. 227). Fobia que é analisada psicanaliticamente por seu pai, discípulo de Freud, sobre quem Lacan descreve nos seguintes termos: “o que pode haver de melhor como pai real, e o pequeno Hans tem realmente por ele todos os bons sentimentos, ele gosta muito de seu pai, e está longe de temer por parte deste um tratamento tão abusivo quanto o da castração” (p. 277). Lacan (1995[1956-57]) prossegue:

Por outro lado, não se pode dizer que o pequeno Hans seja frustrado de qualquer coisa. [...] É objeto de uma atenção que o pai, certamente, não esperou a aparição da fobia para lhe manifestar, e é também objeto dos cuidados mais ternos da mãe, inclusive tão ternos que tudo lhe é permitido. É preciso, na verdade, a sublime serenidade de Freud para ratificar a ação da mãe, quando hoje em dia todos os anátemas cairiam sobre ela, que admite todas as manhãs o pequeno Hans como terceiro no leito conjugal, e isso contra as reservas expressas do pai e marido. Não apenas este se mostra, nesse ponto, de uma tolerância bem particular, mas podemos julgar que ele esteja completamente sem controle da situação, pois, diga ele o que disser, as coisas continuam a ocorrer da maneira mais decidida, sem que a mãe em questão tenha por um só minuto a menor consideração pelas observações que lhe são respeitosa e sugeridas pelo personagem do pai (p. 227).

No caso de Hans, verifica-se a fragilidade do pai em várias dimensões – como função simbólica relativa à castração e como pai real, que desenvolverei a seguir. Isso porque, destaco, “não há lugar para a palavra do pai, e muito menos, a presença de um pai real, aquele suporte da castração, apesar do próprio pai de Hans estar presente. ‘O pai de Hans tem um modo curioso de presença’⁹¹, trata-se de um pai real carente” (LEAL, 2017, p. 153-154).

⁹⁰ FREUD, S. *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (1909). Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. (Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. X).

⁹¹ LACAN, 1995 [1956-57], p. 267 apud LEAL, 2017, p. 84.

Esse pai real carente é um pai que não se manifesta naquilo que se espera dele como função. Diz respeito à função de castração, sobre a qual me referi no quarto capítulo. Neste livro, entretanto, abordo a castração a partir da releitura lacaniana da obra de Freud que se opera através da lente da antropologia levistraussiana e da linguística de Saussure. Nessa perspectiva, Lacan considera a função paterna como função simbólica, que em outras palavras, significa dizer que o pai é aquele que surge como significante do desejo da mãe, forçando a saída da criança do lugar de objeto desse desejo.

A presença do pai promove uma instabilidade na relação imaginária de completude entre mãe e filho, principalmente da parte do filho, que o vê como rival. As dúvidas e questionamentos surgem. A mãe que inicialmente respondia a demanda da criança de forma exemplar começa a deixar escapar à criança que ela (a criança) talvez não possa dar conta, de forma plena, em ser o objeto de seu desejo. Isso sugere à criança a existência de um objeto que satisfaça o desejo da mãe que lhe escapa. Com a ausência e presença da mãe, ou seja, com essa qualidade, que é inerente ao objeto, de poder estar ou não presente, a criança vai poder estabelecer uma identificação primeira e desvincular-se da mãe para significar a sua ausência (LEAL, 2017, p. 83).

Essa desvinculação, porém, só acontece de fato quando o pai participa como terceiro na relação entre mãe e bebê. Essa participação pode ocorrer de diversas maneiras. Mas diz respeito, sobretudo, à relevância que esse pai tem para mãe, se o pai é alguém que ela escuta, para quem ela recorre, alguém que se encontra, de alguma forma, como uma de suas referências pessoais.

A função simbólica do pai se exerce independente da presença física do pai, mas depende completamente do valor que ele possui para a mãe, seja como objeto amoroso da mulher, ou como pai da criança. O que é importante, efetivamente, é que fique claro para o bebê a mensagem indireta ou direta de que existe alguém, para além dele mesmo, que capta o interesse de sua mãe. Nesse contexto, “abre-se para a criança a dimensão do que a mãe pode desejar de diferente, o que a mãe pode desejar além dela mesma. A criança passa a perceber que há na mãe o desejo de *outra*⁹² coisa, e que ela mesma não a satisfaz plenamente” (LEAL, 2017, p. 84).

É por eu ser um serzinho já tomado pelo simbólico, e por haver aprendido a simbolizar, que podem dizer que ela vai e que ela vem. (...) A pergunta é: qual é o significado? O que quer essa mulher aí? Eu bem que gostaria que fosse a mim que ela quer, mas está muito claro que não é só a mim que ela quer. Há outra coisa que mexe com ela – é o *x*, o significado (LACAN, 1999 [1957-58], p. 181).

⁹² Grifo da autora.

É no contexto dessa relação que o surgimento do pai “permitirá à criança significar o desejo da mãe, na medida em que o pai possa corresponder a esse objeto, ao *x*, ao *significado* do desejo da mãe” (LEAL, 2017, p. 84), que resultará na formação do eu (que corresponde à identidade do sujeito), e, conseqüentemente, a constituição da realidade psíquica do sujeito (que diz respeito à sua própria subjetividade).

O cenário pode ser descrito nos seguintes termos: a criança quando nasce permanece como continuidade da mãe, assim como o feto quando ainda se encontrava dentro da barriga. Mãe e bebê inicialmente estabelecem uma relação simbiótica. E nessa relação, considerando a imaturidade biológica do bebê, tudo que é da mãe é apreendido como sendo igualmente do bebê. Não há ainda uma distinção psíquica entre os indivíduos que comportam essa dupla.

Essa operação de separação que o pai simbólico estabelece é o que permite a constituição subjetiva da criança em desenvolvimento, uma vez que, ao separar-se da mãe, a criança pode deixar de ser uma continuidade da mãe para individualizar-se como sujeito independente, como uma identidade distinta, ao mesmo tempo em que ela pode significar – representar psiquicamente – o desejo da mãe.

Dito de outro modo, o pai, nesse contexto, é aquele que estabelece um corte, uma fenda efetiva entre esses dois corpos que formam um. O terceiro que o pai representa vem proporcionar, portanto, a assimetria desses dois que não podem ser um como acreditavam. Nasce para a criança a dimensão do outro. Do outro como diferente dela mesma, e, conseqüentemente, como diferente da mãe, a quem ela se identificava (LEAL, 2017, p. 134).

A separação é fundamental para que advenha a subjetividade de cada um. Ela assegura, entre outras coisas, a dimensão do terceiro na relação mãe e bebê. Cito Lebrun:

Se nos fosse preciso definir simplesmente o que é um pai, poderíamos dizer que é o primeiro *estranho*, que é e sempre será o estranho no mais familiar, e isso para-além de quaisquer afinidades e companheirismos que possam existir entre o pai e seu filho. É dessa alteridade irredutível que o define e da qual ele nunca se afastará inteiramente; ele é e permanecerá sendo um outro radical. Sem dúvida, não podemos dizer o mesmo da mãe, e é bem por isso que podemos também definir o pai dizendo que é outro que a mãe; com efeito, se podemos também dizer que a mãe é outra que a criança, nos é preciso reconhecer que também podemos dizê-la mesma; a mãe é esse outro mesmo de que será preciso que a criança se separe para se tornar sujeito e, nesse trajeto, é atribuído ao pai, esse outro, vir fazer contrapeso (LEBRUN, 2004, p. 27).

Mas, apesar da importância da função simbólica do pai – que, ressalto, não diz respeito à presença física do pai – o que esses autores (LACAN, 1999 [1957-58], LEBRUN, 2004) reforçam é que sem o pai real essa função se exerce de forma decadente.

Gostaria de destacar quatro elementos dessa situação. Primeiro: o pai simbólico que pode se apresentar de diversas maneiras, estando ou não fisicamente presente. Segundo: a função simbólica refere-se à mensagem transmitida à criança de que ela não garante a plenitude da realização materna, pois há outro que também desperta o interesse da mãe. Terceiro: para que o pai seja o outro que desperta o interesse da mulher, ele deve trazer em si – e aqui falo no real – alguma coisa que possa ser objeto de valorização. E quarto: o pai deve aparecer em algum momento, como presença física atuante, como suporte daquilo que a criança apreende nas mensagens transmitidas.

Desses quatro elementos em destaque, posso sugerir que, ainda que a função paterna não prescindia do pai real para se exercer, é, no entanto, imprescindível a presença de um pai real valorizado para que a função simbólica produza seus efeitos ordenadores nas subjetividades humanas, assim como é fundamental que esse pai reivindique seu papel como pai e marido, dando suporte àquilo que sua função simbólica deve realizar. É justamente esse pai real valorizado e o pai real reivindicador que se encontram de alguma forma em decadência nas famílias contemporâneas.

Pois, o que observo em minha clínica, é que mesmo quando a mulher valoriza o pai de seu filho, se esse pai não dá mostras que justifiquem essa valorização, a função paterna fica à mercê da fragilidade do pai. Fragilidade que pode ser entendida como o pai que não sustenta no real o que simbolicamente representa, tanto para a mulher como para o filho. Se a função simbólica do pai pode ser realizada por outros que não necessariamente o pai, o mesmo não se pode dizer quanto ao pai real, ao menos é isso que Lacan demonstra através da carência paterna ao qual deu tanta importância no caso do pequeno Hans.

Na clínica, onde essa realidade se mostra bastante frequente, essa carência se manifesta de maneira ainda mais relevante para a recente mãe, para quem o papel do pai, do casal e do homem, (assim como o papel da mãe e mulher) passa ao crivo, eu poderia dizer, semelhante ao detector de metal. Ambos se analisam e se questionam um com relação ao outro. Tanto naquilo que cada um poderá oferecer enquanto mãe e pai, mas, sobretudo, naquilo que cada um poderá ser como amante e companheiro. Sobre isso mencionei acima as contribuições de Presme (2012) sobre a situação conjugal.

Considerando todas essas funções do pai – pai simbólico, pai real, amante, companheiro, homem – e a importância que cada uma delas possui no contexto da maternidade, eu poderia afirmar que o pai – para além de todo o entorno da mãe que envolve avós e avôs, irmãos e irmãs, amigos e amigas, etc. – é aquele cuja participação se faz mais necessária. Como ambiente materno certamente, mas, sobretudo, como aquele que cuida da

mãe, o pai pode ser um importante fator de profilaxia diante da vulnerabilidade psíquica em que se encontra a mulher no puerpério. Segundo Szefer (2002), o pai pode até atenuar o *baby blues*, em suas palavras:

O que facilita o *blues*, o que o atenua, são as pessoas em volta; o pai em primeiro lugar. Se o pai, em vez de vir ver o bebê na maternidade, vem ver a sua mulher com um buquê de flores, ela pode lembrar que, antes desse momento, ela era uma mulher muito sedutora; se ele lhe diz que não a esqueceu e a sedução continua, não impedirá o *baby blues*, mas vai ser muito melhor para ela (SZEFER, 2002, p. 204).

Se tudo vai bem com o casal, se a mãe entende que o pai é alguém a quem pode recorrer, alguém que está a seu lado, que transmite segurança, acolhendo suas inseguranças e a protegendo das situações estressantes e ansiogênicas que podem surgir do ambiente externo; se o pai se faz presente, então o ambiente materno se mostra favorável ao advento da identidade de mãe.

Em outras palavras, o que sugiro pensar é que o pai pode atuar de forma a favorecer um ambiente de harmonia e acolhimento fundamental ao surgimento do vínculo entre mãe e bebê. E nesse aspecto, tanto Winnicott quanto Lebovici estão de acordo. Por outro lado, a carência do pai, o pai como secundário, como marginalizado, só contribui para a instabilidade do ambiente materno e, conseqüentemente, para reforçar a vulnerabilidade emocional da mãe, aumentando o risco de adoecimento psíquico, pois deposita unicamente na mãe as responsabilidades por esse novo ser que surge.

Para finalizar, o que estou tentando expor é que a maternidade não pode ser vista unicamente como uma mãe e seu filho. Não pode ser concebida como algo restrito à díade. A maternidade requer um outro para além da mãe e do bebê, de um terceiro, afinal de contas, não se trata de virgens gerando filhos como Maria e Jesus, mas sim de dois seres humanos, que planejando ou não, tiveram um filho.

Quando o pai é esquecido, ou quando o pai é ausente (e existem várias formas de se fazer ausente), as responsabilidades relacionadas ao filho recaem todas sobre a mãe. Insisto: se a mulher “tiver de ser tudo na casa e tiver de fornecer todo o elemento de fortaleza ou rigor na vida dos filhos” (citando novamente Winnicott, 1977, p. 129), além de ser todo o elemento de amor e vínculo, e de referência moral, o peso dessa responsabilidade cairá sobre seus ombros de forma muitas vezes incalculável. Se ela pode exercer essa função múltipla, não é a questão. Esse modelo de maternidade não é um peso apenas para a mãe. Ele adoeca mãe e filho de modo muitas vezes irreversível. É preciso encontrar outro lugar para o pai e para a mãe em nossa sociedade, pois o que se verifica é que esse modelo materno elevado à

divindade, no qual cabe à mãe todas as responsabilidades sobre o filho e em que o pai frequentemente se encontra à margem, só tem provado que o adoecimento psicológico é a saída.

10. REFLEXÕES FINAIS

A área de enigma que encontramos em torno do feminino deveria ser suficiente para compreender que, no que tange à mulher, estamos longe de algo determinado e definitivo. Observação que nos coloca em semelhante situação ao que convém denominar mãe. Pois assim como a mulher, a mãe permaneceu e ainda permanece subjugada ao caráter biológico e a mitos culturais que a sacralizam, impingindo uma carga de modelos ideais que muitas vezes violentam humanidades.

Esquece-se que ser mãe é um dos papéis que a mulher pode desempenhar. A maternidade, portanto, não deve ser compreendida como a única ou a principal identidade feminina, especialmente depois de a mulher ter experimentado tantas outras formas de estar no mundo, para além das suas ocupações domésticas.

Acredito que a vulnerabilidade psíquica da mãe no pós-parto e os dados que as pesquisas mencionadas no corpo da tese trazem de que o risco de descompensação psiquiátrica nas mulheres é bem mais elevado durante o pós-parto do que durante os outros períodos de sua vida, são importantes testemunhos que contradizem a fórmula mãe = natureza.

Se me debrucei sobre autores (Freud, Lacan, Roudinesco, Badinter, Winnicott, Bydlowski, Chodorow, Therborn, entre outros) e seus campos diversos, como da psicanálise, psicologia, sociologia e feminismo, que elaboraram sobre maternidade, gênero e os enlaces entre mulher e mãe, foi para analisar o que certos saberes podem oferecer para pensar a mãe e a vulnerabilidade psíquica do pós-parto para além do lugar comum, lugar esse amplamente motivado pelos princípios do patriarcalismo, como os de ter a mulher unicamente como mãe e esposa, circunscrita à esfera privada. Princípios que direcionam à ideologia e prática que se realizam em relações sociais e práticas institucionais que há muito enclausuram a mãe e a mulher.

Não posso, no entanto, deixar de destacar os avanços, no sentido desse algo mais para além do comum e já disseminado. Tenho em mãos um fecundo grupo de autores que me permitiram enriquecer conhecimentos acerca da maternidade atual. A revisão bibliográfica antecipa o que se constata nas análises realizadas, de modo que, desde 1838, com Esquirol, já era possível questionar a validade das interpretações de bases organicistas próprias da psiquiatria desse século. Com o salto apresentado por Louis Victor Marcé, esses

questionamentos se tornam ainda mais coerentes, pois o próprio psiquiatra não deixa de destacar o enigma da puerperalidade.

Diante desses testemunhos, curiosamente pouco anteriores às contribuições freudianas acerca das mulheres histéricas, não me parece sem propósito questionar sobre o porquê de ainda hoje encontrarmos o pensamento amplamente disseminado de que ser mãe corresponde a um modelo de comportamento padronizado, onde a mulher, qualquer mulher, deve se despir de sua singularidade para se dedicar integralmente ao filho, e ainda se sentir totalmente realizada com as novas demandas que surgem, onde ela, enquanto sujeito, não pode mais existir.

Ainda que Freud não tenha sido o arauto desse mito que pode ser observado nas experiências maternas cotidianas, ainda assim, ele muito influenciou em um tipo de concepção da mulher que contribuiu para o modelo de maternidade atual. É por isso que ele tem nessa tese um papel de destaque. Mas mesmo com seus preconceitos ideológicos de origem patriarcal, por outro lado, Freud igualmente colaborou para que a mulher se apresentasse com a sua voz, antes nem sequer imaginada.

São essas vozes que me ecoaram à medida que avancei nas construções que cada autor pôde oferecer. Vozes que ganham concretude na minha experiência clínica, o que me motiva a cada vez mais a ir além, no sentido de desmistificar e desconstruir os ideais normatizadores da maternidade.

Empenho-me, na sequência, em um diálogo com esses autores e suas obras com o intuito de isolar os elementos que me ajudaram a ousar uma ressignificação da maternidade.

10.1. ONDE FREUD NOS CONDUZ

De fato, Freud não se ocupou da mãe nem da maternidade. Ao falar sobre a feminilidade, Freud esbarra no recalque e no objeto fálico como definidor da mulher. Não há nada referente ao desejo de maternidade ou ao desejo de ser mãe. Encontramos, sim, o desejo de ter um pênis, o objeto fálico privilegiado do menino. Portanto, na lógica apresentada por Freud a diferença entre o homem e a mulher se encontra no recalque, no recalque da masculinidade, para ser mais específica. Masculinidade que é representada pela presença do objeto fálico.

O produto dessa equação para a mulher, que não possui anatomicamente o objeto, é o desejo desse objeto que lhe falta. Essas construções me permitem considerar que não

necessariamente a maternidade é aquilo que configura para a mulher a realização do seu desejo, apesar de Freud acreditar que é isso que a mulher espera realizar ao desejar um filho.

Estamos falando de desejo e não de realização. Na conhecida frase de Freud, “não é senão com o surgimento do desejo de ter um pênis que a boneca-bebê se torna um bebê obtido de seu pai e, de acordo com isso, o objetivo do mais intenso desejo feminino” (FREUD, 1996 [1933], p. 128), o que encontro é o bebê como substituto de um desejo outro. E se o bebê corresponde a um desejo de outra coisa, significa dizer que cada mulher pode manifestar esse desejo de diversas maneiras, não apenas através de um filho. De onde se pode concluir que alcançar a feminilidade, a partir daquilo que Freud nos oferece como contribuição, é possível ser interpretado como uma busca pelo desejo de objeto fálico da maneira que cada história pessoal permitir.

Acredito que a tal interpretação pode ter algum chão, pois se nos encontramos em outros tempos, esses continuam contaminados por princípios patriarcais. Mas são tempos de disputas, ambiguidades e diversidade. São tempos de conquistas femininas que não se encaixam mais nas premissas freudianas. Talvez fosse impossível para Freud, com os ideais de seu tempo, propor algo que escapasse totalmente do destino biológico feminino.

Por outro lado, se, segundo o pai da psicanálise, ser feminina é ser recalcada, a maternidade e mesmo o filho pode ser apenas uma das consequências disso, e não a via pela qual a feminilidade se realiza. Desta forma, a premissa inicial, mulher equivalente à mãe, não se sustenta. E é desta constatação que a vulnerabilidade psíquica do puerpério se beneficia, e de onde se pode concluir que sobre a mãe Freud não traz contribuições esclarecedoras.

Antes de existir uma completude entre mãe e mulher, Freud acaba por descortinar uma fenda, que, por sua vez, caracteriza-se num conflito quando adentramos às contribuições freudianas sobre a histeria. O caso clínico que ele apresenta em *Um caso de cura pelo hipnotismo* é bastante esclarecedor nesse sentido, visto que ele não apenas demonstra que a maternidade não tem nada de natural, como, ao mesmo tempo, denuncia que a maternidade requer um acordo: a conciliação entre desejos distintos e inicialmente opostos. Mas Freud foi incapaz de afirmar as coisas a esse ponto.

Nesse contexto, o conflito é inevitável, principalmente se considerarmos o ideal da maternidade atual, sustentado por pesadas demandas que deixam as mães à beira da loucura. As demandas a que me refiro não dizem respeito aos cuidados que um bebê necessita para sobreviver. Mas à exigência externa ou interna (exigência que vem da própria mãe, pois toma como referencial a maternidade que conhece a partir dos moldes contemporâneos) de que

esses cuidados devam ser desempenhados unicamente pela mãe, com destreza, perfeição e acompanhados de uma satisfação pessoal que se aproxima da realização plena.

Ou seja, há uma crença de que tudo deva ocorrer como se toda mãe, seguindo a premissa freudiana, tivesse como plano pessoal de vida unicamente a maternidade. As exigências que essas demandas representam se caracterizam mais como uma demanda emocional do que propriamente uma demanda prática. Espera-se de toda mãe que ela esteja totalmente realizada com tudo aquilo que a maternidade lhe solicita. E nesse terreno, estamos muito longe da realidade, testemunham a clínica e as pesquisas nessa área.

Mas não é regra que todos se realizem plenamente com aquilo que desejam, sejam homens ou mulheres. Por que esperar isso das mães? Por que essa realização é considerada sinônimo de boa mãe? Verdade seja dita, somos implacáveis com as mães. Imprime-se um único modelo de ser mãe que impossibilita a criatividade que cada mulher poderia descobrir na sua relação com o próprio filho. São as particularidades que transformam as experiências pessoais únicas, e isso foi retirado das mães.

Curiosamente, ou não, o que pude perceber na clínica é que o adoecimento, quando acomete alguma mãe, nem sempre surge no pós-parto imediato, ou nos primeiros meses do puerpério. Muitas vezes, é quando a criança está perto de completar 1 ou 2 anos, ou já os tem há pouco completado, que a mãe sucumbe a um adoecimento mais grave, como uma depressão. Além disso, outro fato interessante – já que o senso comum defende que o segundo filho sempre é mais fácil, pois a mulher já sabe como é ter um filho – é constatar que a chegada do segundo filho, frequentemente, é o que motiva a procura pelo acompanhamento psicológico.

Nos dois casos são inúmeras as razões, mas todas elas de alguma forma surgem como eco do grande lema materno da atualidade, a saber, a mãe dedicada e perfeita. No primeiro caso, por exemplo, posso supor que 1 e 2 anos é tempo suficiente para que uma mãe, que se dedique inteiramente à maternidade próxima aos moldes previstos pela ideologia da maternidade contemporânea, se encontre sugada, exausta e atropelada pelas exigências, sobretudo psicológicas, que essa maternidade lhe impõe.

No segundo caso, não muito distante da primeira observação, a chegada do segundo filho faz a mulher reviver experiências que são muitas vezes difíceis de assimilar, sem contar com o medo que surge em como será ter que lidar com duas crianças e amá-las da mesma forma, tratá-las da mesma forma...

A minha preocupação não é catalogar as diversas realidades que podem sugerir um futuro ou prematuro adoecimento das mães. Entendo que o ciclo gravídico puerperal, não

importa em qual circunstância ele aconteça, se em mulheres ricas ou pobres, se em donas de casa ou empresárias, se em jovens ou mais maduras, casadas ou solteiras, etc., o que reforço é que em todos os casos devemos considerar a vulnerabilidade como um fato inerente ao puerpério e o adoecimento psíquico como uma possibilidade.

Pois, no contexto de vulnerabilidade, o que interessa não é se a mulher nasceu preparada para as demandas da maternidade, mas sim, quais são os recursos que possui, ou que podemos oferecer para a mulher passar por essa jornada sem adoecer. Se tomarmos o puerpério como momento de instabilidade emocional, qualquer variável que pesa negativamente sobre a mulher pode reforçar a tendência ao adoecimento nesse período.

Mas não só de demandas maternas se constitui o modelo da maternidade contemporânea. Há outros elementos que reforçam essa visão perversa da maternidade. Elementos que ficam mais evidentes no diálogo com outros autores. A partir desses diálogos é possível compreender, por exemplo, porque Freud se fixou na maternidade como via de realização da feminilidade, se podemos conjecturar que no fim das contas, para o próprio Freud, o bebê nunca de fato correspondeu ao desejo da mulher, mas sim a um possível substituto do verdadeiro desejo feminino.

10.2. MATERNIDADE, O CENÁRIO DA SUBMISSÃO: CONTRIBUIÇÕES DA HISTÓRIA, DOS CRÍTICOS DA PSICANÁLISE E DAS PESQUISAS ATUAIS

O cenário que encontro no debate entre os autores (THERBORN, 2006; BADINTER, 1985; CHODOROW, 2002; LACAN, 1938; ROUDINESCO, 2003) não é nada salutar para as mulheres e mães. Além disso, eu diria que se trata de um contexto perversamente preparado para manter as mulheres circunscritas à esfera privada.

O dispositivo simbólico, novo regulador das relações dentro da família, que segundo Lacan (1938) e Roudinesco (2003) surgiu como produto do declínio do patriarcado, não só mantém o lugar de destaque do pai, como também faz a mulher e a mãe concentrar suas ocupações na família e no ambiente doméstico. Nessa lógica, a presença física da mãe é indispensável, enquanto que a presença do pai não o é necessariamente, pois cabe à mãe transmitir a mensagem do pai. Tiram, assim, o pai de cena, pois acredita-se que ele pode exercer sua função através da mãe.

Porém esse novo dispositivo de funcionamento da família traz alguns equívocos. Não apenas o peso dessa responsabilidade pode incidir sobre a mãe de forma adoecedora, como também aquilo que é transmitido simbolicamente nas relações entre mãe e filho

inevitavelmente dependem do suporte de um outro. O que quero dizer com isso é que a função simbólica – transmitida pelas mensagens maternas – quando não sustentada pela dimensão real do pai, permanece fragilizada. Discussão que retomo no capítulo sobre o pai e o casal.

De forma vulgar: não adianta a mãe encher a bola do pai, tentar mostrar que ele tem colhões quando ele próprio não dá garantias de sua potência. A criança percebe, mesmo que a princípio não de forma consciente, que, de seu pai, a mãe não pode esperar muita coisa.

Isso tem consequências dramáticas na constituição das subjetividades humanas⁹³. Mas o que me interessa por hora é o efeito que isso tem sobre a mulher. E o que pode resultar para a mãe, nesse contexto de carência paterna, só poderia ser o esgotamento físico e psicológico, o que muitas vezes se apresenta como um prenúncio de uma psicopatologia mais grave.

Além do peso e possíveis efeitos patogênicos oriundos dessa responsabilidade como prioritariamente das mães, há outro elemento que acredito incidir sobre a mulher de forma a adoecê-la. Este, por sua vez, salientado por Chodorow (2002), e muitas outras feministas, trata-se da divisão sexual do trabalho. Essa divisão acaba por estabelecer que lugar de mulher e mãe é em casa e que a vida pública cabe apenas aos homens. Ideologia que transmite ao mesmo tempo a ideia de que filho é coisa de mulher.

Mas, afinal de contas, a mulher fez o filho sozinha? Desde quando o homem deixou de ser pai? Ou mais grave, desde quando ser pai é apenas um título, e muitas vezes, nem isso ele é? O destino é o mesmo: uma mulher esgotada, sugada, consumida e submetida às demandas impiedosas de um tirano (o filho), como observa Marcia Neder (2016).

A divisão sexual do trabalho, onde cabe à mulher os deveres circunscritos à esfera privada também entrou no rol das características consideradas femininas, ditas naturais. Além de estabelecer uma divisão que toma como princípio justificativas de ordens biológicas e sexuais, e, portanto, naturalistas normatizadoras, a divisão sexual do trabalho implica para as mulheres não apenas as responsabilidades do lar, mas na contemporaneidade ela representa ainda uma dupla jornada de trabalho para as mulheres, como atestam diversas pesquisas. E desta forma, trata-se de uma continuidade da velha premissa freudiana.

Os debates apresentados no corpo da tese me permitem afirmar que mulher e mãe não são equivalentes. Essa relação foi estabelecida pela cultura. Foi algo forjado, criado. Uma herança, sobretudo, do modelo de família e sociedade patriarcal que vigorou por tanto tempo em grande parte do mundo ocidental e que ainda é reproduzida em diferentes contextos. Essa

⁹³ Sobre isso ver Leal (2017).

renovada herança parece antes ter se transformado em uma norma vigente que orientava e até controlava os comportamentos e os arranjos familiares.

A dupla jornada feminina é cruel, limitante e esgotante. Terreno propício ao adoecimento psicológico. O próprio Winnicott, apesar de não se referir à dupla jornada, reconheceu, no entanto, o peso que a responsabilidade da criança unicamente nas mãos da mãe poderia representar. Para exemplificar, observa-se algo que destaquei no capítulo sobre o pai: “Com efeito, toda mulher [...] se tiver que ser tudo na casa e tiver que fornecer todo o elemento de fortaleza ou rigor na vida dos filhos, a par do amor, suportará sobre seus ombros um fardo deveras pesado” (WINNICOTT, 1997, p. 129). Sem contar que esse modelo de organização das famílias distancia os pais de seu papel e de uma participação efetiva na vida dos filhos, tão importante para o desenvolvimento infantil e para a saúde da família.

Se levo em consideração essa dupla jornada feminina associada à suposta norma herdada do patriarcalismo, o cenário da mulher e da mãe contemporânea se transfigura num caos total. Uma vez que, por mais que sejam evidentes algumas grandes mudanças, como, por exemplo, a conquista feminina na esfera pública, ainda hoje, parece-me que essa norma, principalmente no que tange à mulher e à mãe, permanece (ora latente, ora explícita), como uma regra que se espera que seja cumprida.

Assim, o que observo na escuta clínica é que tudo o que escapa a essa expectativa quando relacionada à maternidade é compreendida pelas famílias como da ordem de uma patologia – uma mãe louca – ou dentro do julgamento de valores vulgarizados – “uma péssima mãe”, “não nasceu para ser mãe”, “é mimada demais por isso não aguenta as demandas da maternidade”, e, tantas outras opiniões que os avós e avôs maternos e paternos, e o próprio pai da criança ou o companheiro da mãe, tendem a reproduzir frequentemente, sem imaginar os efeitos devastadores que esse tipo de julgamento muitas vezes produz nessas mulheres que se encontram em um momento de vulnerabilidade e desamparo psicológico.

A história da mulher e da mãe que Badinter (1985) e Knibiehler (2002) nos oferecem se constitui num exemplo vivo disso que intencionei descortinar, a saber, a maternidade contemporânea como fruto de um constructo, herança de uma cultura que tinha o homem e o pai como centro de todo o poder sobre a família e a sociedade.

Essa história, à primeira vista me surpreendeu, pois reconheci nos dados históricos apresentados pelas autoras o quanto a realidade da mãe não ocorrera de forma linear. E o quanto a condição da mulher e da mãe sempre esteve subjugada à concepção que se tinha dos outros personagens familiares, o pai e o filho. O que não significava que na prática as coisas aconteciam como pregavam as sociedades de cada século.

Se o estatuto do pai e do homem mudava, isso refletia na condição feminina de cada época. Da mesma forma, a concepção da criança de cada período histórico definia a norma de conduta com relação às mães. Mas no geral, apesar de algumas diferenças, das mulheres que se tornavam mães sempre se esperou a anulação. Para a mãe existir, a mulher precisava desaparecer. E apesar de me referir a tempos outros, mais ou menos quinhentos anos atrás, ainda hoje essa ideia permanece viva nas expectativas das famílias contemporâneas.

Em uma pequena parcela das sociedades francesa e alemã, mais especificamente, uma parte da burguesia e da aristocracia de Paris e Viena, as mulheres se rebelaram contra esse modelo dogmatizador de ser mãe. Badinter (1985) inclusive se refere a esse fato como a expressão entre as mulheres de uma “indiferença materna”. Não posso generalizar essa realidade que se revelou entre a burguesia e aristocracia desses países. Mas posso identificar esse acontecimento como mais um dos elementos que me ajudam a desnaturalizar a mãe e, conseqüentemente, a desmistificar e desconstruir os ideais normatizadores da maternidade.

Se algumas mulheres realizavam suas maternidades de outra maneira que não seguia os propósitos de sua época, quer dizer que o modelo de mãe pré-estabelecido não correspondia há algo que poderia ser encontrado nos genes femininos, na condição de ser mulher, mas sim em expectativas socialmente compartilhadas que acabavam por constituir as regras e normas sociais vigentes, a exemplo de *Emílio*, a obra de Rousseau.

E foi justamente a mãe idealizada por Rousseau que Marcia Neder (2016) reconheceu como o modelo de mãe que os séculos XIX e XX tanto batalharam, e que a autora compara com a mãe suficientemente boa de Winnicott. Com Winnicott, no entanto, entramos no campo de outros saberes, o da psicologia, da relação entre mãe e bebê, entre a mãe e o pai, que nos leva também à psicologia perinatal, todos eles não menos cheios de idiossincrasias, mas ao mesmo tempo repletos de contribuições que me ajudam a formular a existência de um campo dito materno.

10.3. WINNICOTT E OS CONTEMPORÂNEOS – O PSIQUISMO MATERNO E O LUGAR DO PAI E DO CASAL

A psicologia perinatal, através dos autores contemporâneos (MISSONIER, 2012; BYDLOWSKI, 2002, 2010; GUYOMARD, 2002; DROSSART, 2012; PRESME, 2012; SZEFER, 2002), oferece uma compreensão dos eventos do puerpério e do ciclo gravídico puerperal em geral, que transcendem a lógica biologista. Inclusive permite retirar as

alterações emocionais e psicológicas da mãe no puerpério da sua hipótese de determinação hormonal.

Mesmo com certa tendência a compreender as relações familiares a partir de uma perspectiva de inclinação patriarcal em que cabe à mulher o cuidado com o bebê, ainda assim, essa psicologia relativamente recente, retira a experiência materna da visão romanceada ao indicar o pós-parto como o encontro com o vazio.

Esse vazio, por sua vez, recebe o nome de *baby blues* por alguns desses especialistas, e diz respeito à condição paradoxal à qual uma mulher é convocada ao se tornar mãe. Designar um transtorno psíquico, ainda que não considerado patológico, como descritivo do estado puerperal, representa, a meu juízo, um salto significativo no sentido da desmistificação e da desconstrução dos ideais normatizadores da maternidade.

O que está em questão na contribuição desses autores é o que me leva a crer que na contemporaneidade a maternidade se cumpre ao preço de certo adoecimento psicológico. Pois mesmo não sendo considerado uma patologia, mas sim uma necessidade, como bem indica Dominique Guyomard (2008), o *baby blues*, assim como a transparência psíquica, descrita por Bydlowski (2002) como característica do período gestacional, comportam-se como estados alterados de consciência, característicos dos transtornos psíquicos em geral.

Assim, posso afirmar a partir dos autores em destaque, que é sob o efeito de um humor depressivo – o *baby blues* – que podemos ver surgir o que denominamos a mãe no mundo contemporâneo. Esse enunciado põe em questão todas as crenças romanceadas sobre a maternidade, toda a ideologia da maternidade como momento de plena realização na vida da mulher e intrínseco à sua natureza feminina. Coloca em cheque a ideia de que por ser mulher o sujeito feminino já carrega em si todo o saber sobre o ser mãe, e tudo o que é necessário para cuidar, criar e educar um filho.

A maternidade (e a paternidade, seguramente) não se trata de um espetáculo, como vem sendo apresentada pelos meios de comunicação e mídias sociais em geral, sobretudo, nas revistas sobre as celebridades, nos ígs (Instagram) de mães blogueiras, cultuadas como divindades da vida cotidiana em família. A maternidade é o encontro com o desconhecido. Um desconhecido que vive em cada mulher, em cada homem, em cada sujeito humano, que faz parte da história de cada um. É o reviver lembranças que nem sabia existir. A maternidade é se deparar, em muitos aspectos, com o outro que não é nada daquilo que se previa, um desconhecido que vem para transformar a vida da mulher (e do pai) do lado do avesso.

O *baby blues* com o qual nos deparamos no puerpério já indica que a maternidade não corresponde a espetáculo algum. Ele revela, entre outras coisas, que um tempo é necessário

para o surgimento da identidade nova. E isso se estende à segunda, terceira, e tantas outras gestações. Pois ao se tornar mãe, uma mulher precisa reconhecer-se mãe de cada criança que põe no mundo.

A maternidade não é universal. Cada mulher realizará sua maternidade de acordo com a sua própria história, com os recursos subjetivos e sociais que possui, dentro de um ambiente pessoal e social que é específico a cada gravidez e de acordo com o modo de ser de cada mulher e cada criança. Nesse contexto, certamente que há mulheres que não alcançam essa realização, pois o ser mãe não depende só do sexo biológico, mas de inúmeras variáveis que muitas vezes escapam a seu controle.

Enfim, o *baby blues* refere-se mais exatamente ao tempo necessário de surgimento do vínculo entre mãe e bebê que funda a identidade materna – é o reconhecer-se mãe daquela criança que pode ou não se realizar durante esse “hiato perinatal” que representa o pós-parto. Algumas mulheres vivenciam isso de forma mais intensa, com um humor mais deprimido, em outras quase não se reconhece a tristeza, por ser mais branda e menos frequente.

É por isso que acredito que a definição de *baby blues* não deve ser compreendida como circunscrita aos primeiros dias do pós-parto. Algumas mulheres necessitam de mais tempo nessa preparação do ser mãe, e isso não necessariamente representa o surgimento de uma psicopatologia.

Além disso, à medida que a criança cresce, sua personalidade, seu jeitinho, vai se reorganizando, se redefinindo, e novas demandas vão surgindo relativas à maternidade em geral e a cada filho que cresce, o que requer da mãe uma nova adaptação, uma reedição de seu vínculo anterior, ressignificação da relação entre mãe e filho e de sua própria identidade de mãe e de seu papel enquanto mãe. Entretanto, não encontro na literatura referência ao estado psicológico da mãe, como algo relativo ou específico desse campo materno, porém deslocado para os outros momentos ao longo do desenvolvimento do filho, como encontro, por exemplo, no conceito de *baby blues* no que diz respeito ao puerpério.

Se podemos pensar numa particularidade do psiquismo materno para além do período puerperal, trata-se de uma pergunta aberta a questionamentos, no entanto, o ambiente materno, sobretudo, o pai, em ambos os casos, seja ao longo do desenvolvimento da criança, seja no pós-parto, mostra-se inquestionavelmente fundamental.

O ambiente materno é tão importante que quando não favorável pode interferir negativamente no encontro entre mãe e bebê. É aqui que o casal ganha o devido destaque. Na clínica não há um relato sequer em que o pai ou o casal não apareça como elemento importante.

Mesmo quando na prática, a maioria das mães comporta-se segundo a ideologia da mãe ideal contemporânea, na clínica o que se evidencia é que a carência do pai não apenas sobrecarrega a mãe, como acaba por atingir o desenvolvimento dos próprios filhos. E os sintomas que se revelam são inúmeros: crises de ansiedade, enurese noturna, insegurança, agressividade, medo excessivo, transtornos obsessivos, desorientação, transtornos do desenvolvimento, transtornos na aprendizagem, transtornos do humor, transtornos alimentares, entre outros.

Por mais que a relação dual entre mãe e filho se destaque como primordial ao surgimento do vínculo e consequente identidade materna, sem o pai ou um ambiente social de apoio essa realização se torna mais penosa. Mas entendam que um ambiente social de apoio não diz respeito à quantidade de pessoas que a mulher tem dispostas a atuar junto à mãe, mas à forma como esse entorno (pai, avó, avô, familiares) acolhe essa mãe. Em outras palavras, o que conta mais é se essas pessoas permitem que a mulher encontre a sua forma de maternar, a sua forma de ser mãe, sem as exigências que já são inerentes à sociedade contemporânea.

Na prática, isso significa dizer que o ambiente favorável é aquele que respeita as escolhas e o jeito da nova mãe; que permite a descoberta pessoal de cada mulher de como realizar sua própria maternidade; e que estando atento ao sofrimento que a sensibilidade emocional materna pode causar, possa ser a ponte entre a mãe e um profissional que se torne necessário recorrer. Nada de críticas ou julgamentos. Uma mãe precisa é ser cuidada. E o melhor nome para esse cuidado é respeito. Respeitar seu tempo, seu humor, sua forma de realizar as tarefas, seus medos, suas angústias, suas crenças pessoais, entre outros.

O pai pode ser o grande fomentador desse ambiente favorável. Já que a mãe se encontra vulnerável, submersa num vazio sem nome, é o pai quem pode protegê-la das invasões que inevitavelmente surgem do ambiente externo do qual ela foi se extraindo ao longo da gestação. É ele também quem pode de perto observar melhor as necessidades que surgem desse encontro entre mãe e bebê e atuar junto à mãe, por que não? Vivendo juntos ou não, a participação do pai é uma forma dele também estabelecer um vínculo com o bebê desde os primeiros meses de vida, o que pode favorecer ainda mais a relação posterior entre pai e filho (a) e entre a mãe e o pai.

Ainda que Lebovici e Winnicott tenham, cada um a seu modo, defendido a participação paterna desde os primeiros dias de vida do bebê, e sobretudo, como suporte emocional à mãe, ainda assim fica subentendido que cabe à mãe a responsabilidade principal pela criança que nasceu. Além disso, há, acima de tudo, uma expectativa quanto ao proceder materno, algo que pode ser entendido como um modelo de como uma mãe deve atuar. Em

Winnicott, em alguns momentos a mulher não parece ser abordada como um sujeito de fato, como uma mulher que possui suas particularidades, sua história e percurso pessoal, de relações, de subjetividade, etc. Essa dimensão de sujeito feminino parece muitas vezes esquecida em certos artigos em que Winnicott traz a mãe. Quando há referência a essas particularidades, elas são consideradas como algo que pode interferir e desvirtuar a mãe do objetivo que a sociedade lhe designou.

Entendo que a história pessoal de cada mulher não é o que determinará se ela realiza bem ou mal a maternidade, mas é o que definirá a sua forma de ser mãe, a sua maternidade, pessoal e intrasferível. Falta enxergar a mãe para além de sua maternidade, para além de seu seio que amamenta, de seu colo que acalenta. Uma mãe é um sujeito com uma história anterior que inevitavelmente interferirá nas suas relações com os outros, entre eles o próprio filho.

Parece-me que todas essas abordagens, no fim das contas, acabam por abordar a mãe unicamente como mãe, esquecem que antes são mulheres, sujeitos de desejos e, portanto, essencialmente paradoxais, complexas e ambivalentes.

Além disso, outra coisa me desperta atenção: em Winnicott muito se fala da necessidade da mãe se vincular com o bebê e depois se desvincular desse bebê. Como vimos, a saúde materna, para Winnicott se manifesta através da entrada e saída do *baby blues*. Lembremos-nos de suas palavras: “Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, e recuperar-se dele” (WINNICOTT, 1956, p. 401).

Coloca-se o bebê no colo da mãe, para onde devem estar as atenções maternas. Depois espera-se que essa mãe se distancie desse bebê, espera-se que ela faça um certo desinvestimento, para que à medida que a criança vá crescendo ela possa adquirir tranquilamente sua autonomia e conquistar sua independência na vida adulta.

Mas como podemos pensar esse desinvestimento quando ensinamos às mães que elas precisam dedicar-se de sangue e alma à suas crias, se dizemos que elas devem abdicar de si mesmas por causa do filho? Como desinvestir de algo que se transformou na nova razão da vida da mulher; como reinvestir em algo para além da criança se por tantos meses ou até anos ela só conheceu aquilo que a maternidade lhe oferecia? Em outras palavras, como esperar que ela realize o afastamento do filho se não encontra nenhum recurso pelo caminho que a ajude a alcançar esse novo posicionamento diante da criança que antes era quase que uma

continuidade sua? Como ter um mundo próprio para além da criança – uma identidade própria – se por tanto tempo esteve vinculada apenas à sua identidade de mãe?

Esse cenário se mostra ainda mais complexo quando levo em consideração as reflexões acerca da fragilidade da figura paterna que Lacan identifica como resultante das transformações em ebulição no mundo moderno. Pois como pude demonstrar, para Lacan, essa desvinculação só acontece realmente quando o pai participa como terceiro na relação entre mãe e bebê. E se a contemporaneidade esbarra na carência paterna, como vislumbrar tal distanciamento fundamental ao nascimento da subjetividade?

Reforço que se a mãe não encontra um contrapeso nessa jornada, ela acaba, de alguma forma, sugada, e, por conseguinte, submetida ao império do filho.

10.4. CONCLUINDO

Enfim, a maternidade nos moldes contemporâneos representa mais um labirinto sem saída para as mulheres em geral. Um campo de batalha, onde a mulher sempre perde, pois sempre se espera mais dela enquanto mãe. É por isso que defendo que o estado de tristeza materna (*baby blues*) que encontramos em até 80% das mulheres durante o período do pós-parto, revela-se como um recurso necessário para se tornar mãe no mundo contemporâneo.

Mundo esse caracterizado pela carência paterna, de um lado, e pela exigência de um ideal materno, de outro. Realidade que muito se contrasta com os novos ideais femininos que não mais se restringem à maternidade e ao casamento.

Diante disso, a mulher, ao se deparar com o bebê, requer um tempo de elaboração, um tempo de adaptação e internalização da nova identidade que vem acompanhada de um novo ser humano em construção que depende completamente dela para sobreviver e desenvolver-se.

Se esse tempo é revestido de um humor depressivo é porque se trata de um processo psicológico semelhante ao luto, ou, para ser mais exata, trata-se do próprio luto. Se o pós-parto pode ser descrito como luto é porque a chegada do bebê é vivida, de certa forma, como um momento de perda. Perde-se algo de si mesma. O bebê, antes parte do corpo materno, torna-se exteriorizado, ao mesmo tempo em que se perde o bebê idealizado ao longo da gestação, dando lugar ao estranho que nasce.

Enfim, no que diz respeito ao pós-parto, a sanidade é algo que custa, e na medida em que é negada à mãe uma escuta que priorize seu íntimo, em favor da sua suposta natureza materna, estamos fadados a encontrar o caos. Em outras palavras, a premissa que prega os

elementos biológicos maternos como definidores da essência feminina está destinada a promover o aniquilamento do sujeito feminino e o adoecimento psíquico da mãe.

É o que a revisão bibliográfica, assim como a clínica psicanalítica, prontamente evidenciam. A mãe se encontra abandonada na sua singularidade subjetiva, esquecida, poderíamos dizer. Como se ser mãe correspondesse a algo inato e natural, e que, portanto, ela estaria muito bem servida com sua natureza intrínseca no que diz respeito ao materno.

Deste modo, a valorização da mãe vem acompanhada de exigências que elevam a maternidade à qualidade do impossível e, conseqüentemente, como grande geradora da culpa e da angústia das mulheres.

O debate realizado nessa tese me permite, portanto, concluir que ser mãe não apenas não coincide com a premissa freudiana, que equivaie mãe e mulher, como, ao mesmo tempo, diz respeito à relação que cada mulher constrói com cada um de seus filhos, e que não condiz com modelos previamente estabelecidos e muito menos com a biologia do sujeito feminino.

REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, Serge. *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- ARRAIS, Alessandra; AZEVEDO, Katia. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 19(2), p. 269-276. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a13v19n2.pdf>>. Acessado em: 25 abr. 2015.
- ASSOUN, Paul-Laurent. *Freud et la femme*. Paris: Éditions Payot & Rivages, 2003.
- _____; ZAFIROPOULOS, Markos. La question féminine en débat: Échanges entre Paul-Laurent Assoun et Markos Zafirooulos. In: ZAFIROPOULOS, M. (org.). *La question féminine en débat*. Paris: P.U.F., 2013. p. 13-38.
- ÁVILA, Maria. B.; FERREIRA, Verônica. (org.). *Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres*. Realização SOS corpo e Instituto Feminista para democracia: Instituto Patrícia Galvão. Recife: SOS Corpo, 2014. 104p. <http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2014/07/livro_trabalho_versaoonline.pdf>. Acessado em: 20 jan. 2017.
- _____. Trabalho reprodutivo no cotidiano das mulheres brasileiras. In: ÁVILA, M. B.; FERREIRA. (org.). *Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres*. Realização SOS corpo e Instituto Feminista para democracia: Instituto Patrícia Galvão. Recife: SOS Corpo, 2014. p. 13-50. Disponível em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/wpcontent/uploads/2014/07/livro_trabalho_versaoonline.pdf>. Acessado em: 20 jan. 2017.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistador: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- _____. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record, 2011.
- BIANCO, Anna C. L. Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. In: *Psico-USF*, v. 8, n. 2, p. 115-123, jul/dez. 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v8n2/v8n2a03.pdf>>. Acessado em: 26 set. 2016.
- BROUSSE, Marie-Hélène. Forasexo (horsexe). In: ALBERTI, Christiane; ALVARENGA, Elisa (org.) *Ser mãe*. Belo Horizonte: Editora EBP, 2015. p. 53-69.
- BYDLOWSKI, Monique. Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma via de objetualização. In: FILHO, L. C.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P.S. (orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília: L.G.E., 2002. p. 205-214.
- _____. *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Paris: Odile Jacob, 2010a.
- _____. *La dette de vie: Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: P.U.F., 2010b.

CABRAL, Yanna; LUCENA, Neide; SOARES, Luciana; CARVALHO, Antônio; BARROS, Maria; MENDES, Cristina; OLIVEIRA, Eliana. O estado de ânimo de mulheres no pós-parto. In: *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. v. 16, n. 2, p. 95-100, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16469/9530>>. Acessado em: 30 abr. 2015.

CAMPOS, Sérgio. O que quer a mãe, hoje? In: Revista Curinga. *Maternidades contemporâneas*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, n. 40, outubro de 2015, p. 13-22.

CANTILINO, Amaury; ZAMBALDI, Carla F.; SOUGEY, Everton B.; RENNÓ JR, Joel. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. In: *Rev. Psiq. Clín.*, v. 37, n. 6, p. 278-84, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6.pdf>>. Acessado em: 30 abr. 2015.

CASTRO, Mary G.; SOUZA, H. P. O imaginário sobre mudanças na divisão sexual do trabalho doméstico de pais e mães de distintas inscrições socioeducacionais e gerações – Salvador. In: CASTRO, Mary G.; CARVALHO, Ana M. A.; MOREIRA, Lúcia V. C. (org.). *Dinâmica familiar do cuidado*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 267-328.

CECCARELLI, Paulo R. Considerações sobre pesquisa em psicanálise. In: *Psicologia: diálogos contemporâneos*. Melo e Junior (org.). Curitiba: CRV, 2012. p. 137-146. Disponível em: <<http://ceccarelli.psc.br/pt/wp-content/uploads/artigos/portugues/doc/consideracoes%20sobre%20pesquisa%20em%20psicanalise.pdf>>. Acessado: 26 set. 2016.

CHODOROW, Nancy. *Psicanálise da maternidade*. Uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 2002.

COHEN, Albert. Introduction. In: MARCÉ, L.-V. *Traité de la Folie des femmes enceintes*. Paris: L'Hartmattan, 1858.

DINIZ, Margareth. O método clínico e sua utilização na pesquisa. In: *Revista Espaço Acadêmico*, n. 120, 2011. Edição especial de 10 anos. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/13029/6965>>. Acessado em: 30 set. 2016.

DIAS, Elsa. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial, 2012.

DOCKHORN, Carolina N. B. F.; MACEDO, Mônica M. K. Estratégia clínico-interpretativa: um recurso à pesquisa psicanalítica. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 31, n. 4, p. 529-535 Out-Dez, 2015. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/9281/2/Estrategia_Clinico_Interpretativa_Um_Recurso_a_Pesquisa_Psicanalitica.pdf>. Acessado em: 30 set. 2016.

DROSSART, Francis. Le hiatos perinatal. In: AYOUN, L.; AYOUN, P.; DROSSART, F. *Les traces de l'archaïque*. Toulouse: Éditions Érès, 2012. Version PDF. p. 31-60.

ESQUIROL, Jean-Étienne.-D. De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices. In: *Les introuvables de la Psychiatrie*. Premier Tome. Paris: Frénésie Editions, 1989. Collection INSANIA. p. 115-136.

FORNA, Aminnata. *Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FREUD, Sigmund. Histeria (1888). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 75-98. v. I.

_____. Um caso de cura pelo hipnotismo (1892-93). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 159-172, v. I.

_____. Projeto para uma psicologia científica (1950[1895]). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 335-467, v. I.

_____. Carta 52 (1896). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 281-287, v. I.

_____. Estudos sobre a histeria (1893-95). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 320, v. II.

_____. Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 119-219, v. VII

_____. Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna (1908). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 169-190, v. IX.

_____. Luto e Melancolia (1917[1915]). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 243-264, v. XIV.

_____. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos (1925). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 271-286. v. XIX.

_____. Sexualidade feminina (1931). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 231-251, v. XXII.

_____. XXXIII: Feminilidade (1933). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 113-134, v. XXI.

GLANGEAUD-FREUDENTHAL, Nine. Préface. In: MAMAN BLUES. *Tremblement de mères*. Paris: Editions L'Instant Présent, 2010. p. vii-xiv.

GUYOMARD, Dominique. La folie maternelle: un paradoxe? In: ANDRÉ, J. *La folie*

maternelle ordinaire. Paris: P.U.F., 2006. p. 113-129.

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*. Jul-Ago, v. 41, n. 4, 2005.

KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères et de la maternité en occident*. Paris: P.U.F., 2000, p. 125.

LACAN, Jacques. *A família* (1938). Lisboa: Assírio & Alvim, 1987.

_____. *Seminário Livro 4: a relação de objeto* (1956-57). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

_____. *Seminário Livro 5: as formações do inconsciente* (1957-58). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

LAURENT, D. Tecno-maternidades: o ilimitado do desejo de filho. In: ALBERTI, C.; ALVARENGA, E. (org.) *Ser mãe*. Belo Horizonte: Editora EBP, 2015. p. 29-49.

LEAL, Fernanda. *O pai: uma função em declínio*. Curitiba: Editora Prismas, 2017.

LEBOVICI, Serge; HERZOG, J. M. Le père. In: LEBOVICI, Serge; WELL-HALPERN (org.) *Psychopathologie du bébé*. Paris: P.U.F., 1989. p. 73-80.

LEBOVICI, Serge; MAZET, Philippe. (orgs.) *Psychiatrie périnatale*. Paris: P.U.F., 1998.

LEBOVICI, Serge. *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste*. Paris: Bayard, 2003.

_____. *L'arbre de vie: Éléments de la psychopathologie du bébé*. Paris: Éditions Érès, 1998.

LEBRUN, J.-P. *Um mundo sem limite*. Ensaio para uma clínica psicanalítica do social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

LUAUTÉ, Jean-Pierre.; LEMPÉRIÈRE, T. *La vie et l'oeuvre pionnière de Louis-Victor Marcé*. Paris: Éditions Glyphe, 2012.

MACHADO, M. Trabalho remunerado e trabalho doméstico: conciliação? In: ÁVILA, M. B.; FERREIRA, V. (org.). *Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres*. Realização SOS corpo e Instituto Feminista para democracia: Instituto Patrícia Galvão. Recife: SOS Corpo, 2014. p. 51-78. Disponível em < http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2014/07/livro_trabalho_versaoonline.pdf>. Acessado em: 20 jan. 2017.

MAMAN BLUES. *Tremblement de mères*. Paris: Editions L'Instant Présent, 2010.

MANZANO, Juan. De la psychopathologie du post-partum à la psychopathologie du pré-partum. In: LEBOVICI, S.; MAZET, P. (org.). *Psychiatrie périnatale*. Paris: P.U.F., 1998, p. 131-138.

MARCÉ, Louis-Victor. *Traité de la Folie des femmes enceintes*. Paris: L'Hartmann, 1858.

MARTINS, C. G.; LUZ, N. S.; CARVALHO, M. G. Relações de gênero no trabalho doméstico. In: *Fazendo Gênero 9*. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. 23 a 26 de agosto de 2010, p.1-10. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277723192_ARQUIVO_Relacoesdegeneroetrabalhodomestico_vf.pdf>. Acessado em: 20 jan. 2017.

MEZAN, Renato. *Interfaces da Psicanálise*. Companhia das Letras, 2002. Edição E-book. Adquirido pela Livraria Saraiva em 08 set. 2016.

_____. Pesquisa em Psicanálise: algumas reflexões. In: *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 39, n. 70, p. 227-241, Jun. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v39n70/v39n70a15.pdf>>. Acessado em: 26 set. 2016.

MISSONNIER, Sylvain. *Manuel de Psychologie clinique de la périnatalité*. Paris: Elsevier Masson, 2012.

NEDER, Marcia. *Os filhos da mãe: como viver a maternidade sem culpa e sem o mito da perfeição*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PRESME, Nathalie. Psychopathologie psychanalytique de la parentalité en période périnatale: approche clinique d'une pédopsychiatre en maternité. In: MISSONNIER, S. *Manuel de Psychologie clinique de la périnatalité*. Paris: Elsevier Masson, 2012. p. 167-228.

PEREIRA, C.; RUME, D. Epidemiologia da tristeza em puérperas no pós-parto imediato. In: *FEMININA*, v. 35, n. 6, p. 369-377, Jun. 2007.

POSTEL, Jacques.; QUETEL, Claude. (org.). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod, 1994.

ROSA, Cláudia. D. O pai em Winnicott. In: ROSA, C. D. (org.) *E o pai?* São Paulo: DWW Editorial, 2014. p. 25-62.

ROCHER, Georges. *Étude sur la folie puerpérale (1877)*. Disponível em: <<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5469593s/f8.image>>. Acesso em: 15 maio 2014.

ROUDINESCO, Elisabeth. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. *Sigmund Freud en son temps et dans le nôtre*. Paris: Seuil, 2014.

RUSCHI, G. E. C.; SUN, S. Y.; MATTAR, R.; FILHO, A. C.; ZANDONADE, E.; LIMA, V. J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. In: *Rev. Psiquiatria*, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a06>>. Acessado em: 30 abr. 2015.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas

e metodológicas. In: *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. Ano I - Número I – Jul. 2009.

SAUSSURE, Ferdinand. *Curso de linguística geral* (1916). São Paulo: Cultrix, 2006.

SOLANO-SUÁREZ, Esthela. Maternidade Blues. In: ALBERTI, C.; ALVARENGA, E. (org.) *Ser mãe*. Belo Horizonte: Editora EBP, 2015. p. 73-91.

SOS CORPO/DATAPOPULAR. *Trabalho remunerado e trabalho doméstico – Uma tensão permanente*. Instituto Patrícia Galvão, 2012. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/48a-reuniao/palestra-6-trabalho-domestico-sos-corpo.pdf>>. Acessado em: 19 jan. 2017.

SOUZA, L.; GUEDES, D. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. In: *Estud. av.*, v.30, n. 87, Maio./Ago. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n87/0103-4014-ea-30-87-00123.pdf>>. Acessado em: 20 jan. 2017.

STERN, Daniel; STERN-BRUSCHWEILER, Nadia. *La naissance d'une mere*. Paris: Odile Jacob, 2008.

SUTTER, A.L.; LEROY, V.; DALLAY, D.; BOURGEOIS, M.-L. Post-partum blues et dépression postnatale. In: LEOVICI, S.; MAZET, P. (orgs.) *Psychiatrie périnatale*. Paris: P.U.F., 1998. p. 199-214.

SZEJER, Myriam. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In: FILHO, L. C.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P.S. (orgs.) *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília: L.G.E., 2002. p. 188-204.

WINNICOTT, Donald. *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

_____. A preocupação materna primária (1956). In: WINNICOTT. *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000. p. 399-405.

_____. A mãe dedicada comum (1949). In: _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2006a. p. 1-12.

_____. Amamentação como forma de comunicação. In: _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2006b. p. 1-12.

_____. A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In: _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2006c. p. 1-12.

ZAFIROPOULOS, Markos. *La question féminine, de Freud à Lacan: La femme contre la mère*. Paris: P.U.F., 2010.

_____. (org.). *La question feminine en débat*. Paris: P.U.F., 2013, p. 171.

_____. A teoria freudiana da feminilidade: de Freud a Lacan. *Reverso*, v. 31, n. 58, p. 15-24. Set. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v31n58/v31n58a02.pdf>>. Acessado em: 23 jul. 2014.