

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TERESA CRISTINA GUEDES DE PAULA FREIRE

Transparência psíquica em nova gestação após natimorto

Brasília
2012

TERESA CRISTINA GUEDES DE PAULA FREIRE

Transparência psíquica em nova gestação após natimorto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Daniela Scheinkman Chatelard

Brasília
2012

Nome: Teresa Cristina Guedes de Paula Freire

Título: Transparência psíquica em nova gestação após natimorto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Aprovado em de junho de 2012 pela Banca Examinadora, composta por:

Profa. Dra. Daniela Scheinkman Chatelard (Universidade de Brasília/Orientadora)

Psic. Dra. Dione Lula Zavaroni (Universidade de Brasília)

Profa. Dra. Julieta Maria de Barros Reis Quayle (Universidade Anhembí Morumbi, UAM)

Profa. Dra. Valeska Maria Zanello Loyola (Universidade de Brasília)

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda vida. A Daniel Amaral por ter me feito mãe, me apoiado com leituras, críticas, traduções e sempre com muito carinho. Aos meus filhos Ariel e Heloísa do Amaral, meus mestres na arte da maternidade, por suportarem minhas ausências e cuidarem uns dos outros quando eu faltei.

A meu pai que me despertou o amor ao conhecimento e a minha mãe com quem aprendi a beleza e as dores da maternidade.

À minha mestra, Profa. Dra. Daniela Chatelard, com quem iniciei a pesquisa, ainda na graduação, sem ela este trabalho não existira. Aos colegas do grupo de pesquisa: Áurea Cerqueira, Karina Rocha, Maíla Machado, Mauro Rehbein, a Michele Candiani pelas muitas e diversas contribuições.

Ao Tribunal Superior do Trabalho, nas pessoas do Excelentíssimo Senhor Ministro João Oreste Dalazen e do Diretor Geral Gustavo Caribé, pela licença capacitação concedida. Às amigas do trabalho, Ana Celi Miranda, Virgínia Veríssimo, Nádia Torquato e Goreth Corrêa pela eterna solidariedade. A todos os colegas da biblioteca Délio Maranhão pela compreensão e apoio.

A Profa. Dra. Julieta Quayle, Profa. Dra. Dione Zavaroni, Profa. Dra. Valeska Zanello por me honrarem compondo esta banca.

Aos meus alunos, aos colaboradores e participantes das rodas de Terapia Comunitária, à Cibele Pimenta, a todos e todas que de alguma forma colaboraram com este trabalho.

À Berenicy, que de forma carinhosa e competente aparou as arestas deste trabalho.

De forma especial, a cada gestante que de modo transparente revelou-me sua história, seus traumas, suas esperanças e desesperanças, permitindo que, ao acolher suas lágrimas e dores, eu enxergasse e secasse as minhas.

*Dedico este trabalho à minha esperada irmã, que meus braços jamais abraçaram, meus olhos nunca viram e meus ouvidos sequer ouviram. E ainda hoje tenho saudades do seu cheiro que eu nunca senti. Mas sempre a nomeamos **Karina Guedes de Paula Freire**.*

PEDAÇO DE MIM

Chico Buarque

Oh, pedaço de mim
Oh, metade afastada de mim
Leva o teu olhar
Que a saudade é o pior tormento
É pior do que o esquecimento
É pior do que se entrevar
Oh, pedaço de mim
Oh, metade exilada de mim
Leva os teus sinais
Que a saudade dói como um barco
Que aos poucos descreve um arco
E evita atracar no cais
Oh, pedaço de mim
Oh, metade arrancada de mim
Leva o vulto teu
Que a saudade é o revés de um parto
A saudade é arrumar o quarto
Do filho que já morreu
Oh, pedaço de mim
Oh, metade amputada de mim
Leva o que há de ti
Que a saudade dói latejada
É assim como uma fisgada
No membro que já perdi
Oh, pedaço de mim
Oh, metade adorada de mim
Lava os olhos meus
Que a saudade é o pior castigo
E eu não quero levar comigo
A mortalha do amor
Adeus

RESUMO

Freire, T. C. (2012). *Transparência Psíquica em nova gestação após natimorto*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

O presente trabalho nasceu das inquietações oriundas da escuta na clínica psicanalítica com grupo de gestantes com gravidez de alto risco, no Hospital Universitário de Brasília, por 18 meses. A pesquisa, utilizando anotações pessoais, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (UnB) em abril de 2011. O estudo objetivou investigar como a experiência de ter filho natimorto influencia o psiquismo da mulher numa futura gestação, e teve como fio condutor as ideias de *transparência psíquica* – desenvolvida pela psicanalista Monique Bydlowski e que tem por significado uma permeabilidade psíquica que facilita a manifestação do inconsciente durante a gestação – e de *trauma pós-obstétrico*. Toda esta investigação da influência do natimorto sobre o psiquismo da mulher em caso de nova gestação foi estudada, no início, através do método de revisão de literatura sobre a condição do natimorto no mundo ocidental e a construção da feminilidade em Freud, e no final, com a apresentação de casos. Sendo assim, para entender a especificidade do luto por natimorto foram investigados os conceitos freudianos de narcisismo, luto, melancolia e as características do puerpério após ocorrência de natimorto. A compreensão da ideia de transparência psíquica realizou-se através de um percurso teórico de seus aportes psicanalíticos. Assim, estudou-se acerca da construção do psiquismo materno, a partir dos referenciais winnicottianos e freudianos, recorrendo-se ao conceito de *preocupação materna primária* e aos processos de identificação e regressão durante a gestação no psiquismo materno. As ideias orientadoras deste trabalho – *transparência psíquica* e *trauma pós-obstétrico* – foram discutidas, a partir da escuta psicanalítica no grupo em estudo, com base na apresentação de dois casos clínicos, interpretados à luz dos fundamentos teóricos aqui descritos. Os resultados, com a análise dos relatos, levaram à constatação de que o trauma pós-obstétrico, após ocorrência do natimorto, quando não encontra espaço para expressão de sua dor, obstrui a elaboração do luto, o que pode influenciar negativamente o investimento em futura gestação, período de intensa permeabilidade psíquica. Sugeriu-se, como prevenção, mais atenção a esses processos psíquicos maternos e um trabalho multidisciplinar nas maternidades para que se torne legítimo o sofrimento psíquico dessas mães não-mães.

Palavras-chave: Natimorto. Luto. Narcisismo. Transparência psíquica. Trauma pós-obstétrico.

ABSTRACT

Freire, T. C. (2012). *Psychic Transparency in a new pregnancy after stillbirth*. MSc, Institute of Psychology, University of Brasilia.

This work came up from a concern originated during Psychoanalytic Clinic hearings in a group of high risk pregnant women, held in University of Brasilia (UnB) Hospital for 18 months. Research included personal notes and had the approval from the Research Ethics Committee at UnB's Human Sciences Institute in April 2011. The study was aimed at investigating how the experience of bearing a stillborn child influences women's psyche in an eventual new pregnancy, and had as guiding principle the ideas of Psychic Transparency – developed by psychoanalyst Monique Bydlowski, in a sense of psychic permeability that favors unconscious manifestation during pregnancy – and post-obstetric trauma. All investigation of the influence of stillbirth on women's psyche during a new pregnancy was researched, firstly by the method of literature review on stillbirth condition in the west, then the construction of femininity in Freud and, at last, case presentation. Thus, for understanding the specificity of stillbirth grief, research was made on Freudian concepts as narcissism, grief, melancholy and the features of puerperium after stillbirth. The understanding of the idea of Psychic Transparency comes from a theoretical path of its psychoanalytic framework. Therefore, the construction of maternal psyche was studied from its references in Winnicott and Freud. The concept of primary maternal preoccupation was used, as well as the processes of identification and regression during pregnancy in maternal psyche. The guiding ideas of this work – psychic transparency and post-obstetric trauma – were discussed after the psychoanalytic hearings in the study group. This discussion are based on two clinical cases presented, interpreted under the theoretical fundamentals described here. Results, based on report analysis, lead to evidence that post-obstetric trauma after stillbirth – if it does not find space for expressing its pain – prevents elaboration of grief, influencing negatively on the investment in a new pregnancy, which is a time of intense psychic permeability. As a preventive procedure, more attention towards those maternal psychic processes is recommended, as well as multidisciplinary work in maternity clinics for legitimating the psychic suffering of those non-mom mothers.

Keywords: Stillbirth. Grief. Narcissism. Pshyctic Transparency. Post-obstetric Trauma.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - NATIMORTO INVISÍVEL E FEMINILIDADE	
1.1 Natimorto invisível	18
1.1.1 Natimorto e contexto sociocultural	21
1.1.2 Luto materno por natimorto.....	23
1.1.3 Falta de reconhecimento social do luto por natimorto.....	25
1.1.4 Políticas públicas: prevenção, intervenção e apoio psicoterápico.....	28
1.1.5 Interesse na etiologia do óbito fetal.....	30
1.2 Contextualização: feminilidade e maternidade.....	33
CAPÍTULO 2 - NASCIMENTO E MORTE DE UMA MÃE	
2.1 Narcisismo e a ferida por natimorto	41
2.2 Luto e melancolia	47
2.3 Enlutamento melancólico por natimorto	52
2.4 Puerpério após natimorto	55
CAPÍTULO 3 - GESTAÇÃO DO PSQUISMO MATERNO	
3.1 Gestação do psiquismo materno	59
3.2 Preocupação materna primária	64
3.3 O processo de identificação na gestação do psiquismo materno	70
3.4 O processo de regressão na gestação do psiquismo materno	75
CAPÍTULO 4 - TRANSPARÊNCIA PSÍQUICA EM GESTAÇÃO APÓS NATIMORTO	
4.1 Transparência psíquica	78

4.2 Trauma pós-obstétrico	85
4.3 Transparência psíquica em gestação após natimorto: uma experiência clínica	90
4.3.1 A dinâmica do grupo	90
4.3.2 Apresentação dos casos clínicos	93
4.3.3 Discussão dos casos clínicos	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	109
ANEXO I	

INTRODUÇÃO

Era, como todas as outras, uma quinta-feira de atendimento ao grupo de gestantes de alto risco no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Passavam das 10 horas da manhã, a maioria das participantes já havia sido atendida no pré-natal e cada uma já seguia para sua casa. O atendimento ao grupo já estava encerrado, porém, ainda havia três gestantes comigo na sala¹, estávamos numa conversa informal. J está grávida de 8 meses, participa do grupo há cinco meses; teve um único filho, natimorto, cinco anos atrás, e só agora conseguiu engravidar novamente.

J fala das mudanças pelas quais passou ao participar do grupo: da tomada de consciência dos seus fantasmas e medos; das descrenças e certezas; dos desesperos e esperas; das desesperanças e esperanças; dos fracassos e vitórias – pura ambivalência. Enquanto falamos sobre a curiosidade de J em ver o rostinho do bebê, a possibilidade de o bebê nascer sem um dos dedos, o medo de não ser uma boa mãe e outras particularidades de sua gestação, entra na sala uma jovem meio gordinha, com seios fartos, pele e cabelos descuidados. Senta-se à minha frente e observa uma folha de papel em suas mãos, parece o resultado de um exame.

Eu digo algo como:

— Bom-dia! É a sua primeira consulta?

Ela levanta os olhos, parece não entender que falo com ela. Eu pergunto:

— Você está grávida?

¹ A referida sala é onde nos reuníamos semanalmente, enquanto elas esperavam pelo atendimento pré-natal.

— Eu estava grávida, até domingo²...

— E está tudo bem com você e o bebê?

— Não, não está tudo bem.

Ela começa a chorar. Em silêncio, sento-me ao seu lado. E ela continua:

— Sábado eu estava arrumando a bolsa com as roupinhas da minha filha, eu lavei e passei tudo, cada pagãozinho. Eu sabia que algo estava errado! Há alguns dias que eu não sentia ela mexer. O parto (cesariana) estava marcado para domingo. No hospital disseram que não estavam ouvindo o coraçãozinho dela bater. Na sala de cirurgia eu vi minha filha nascer no silêncio. Eu havia feito ultrassom uma semana antes e estava tudo bem. Eu não entendo o que aconteceu! Ela se chamaria Patrícia, minha primeira filha! Ainda não sabem do que ela morreu, eu vim aqui para saber o resultado da autópsia. Quero saber por que minha filha morreu.

Por questões provavelmente inconscientes ela estava na sala de pré-natal, “errou” o lugar. A jovem chora fortemente e eu apenas repouso minha mão em uma de suas pernas. O que dizer? – eu me perguntava. Mas poderia eu dizer algo? Ela enxuga as lágrimas e passa a falar de como tem vivido nos últimos dias:

— Agora eu fico sentada no quarto dela olhando para o berço. Abraço as roupinhas querendo sentir o cheiro dela, às vezes eu cochilo e acordo com o choro dela ou com o seio duro de tanto leite. O mais difícil é tirar o leite com a bombinha. Queriam que eu doasse, mas eu não vou doar o meu leite pra filha de outra.

A moça volta a chorar. Eu seguro a sua mão e me dirijo às poucas mulheres que ainda estavam na sala: alguma de vocês já viveu uma dor semelhante? (Eu conhecia a história de J, mas não me dirigi diretamente a ela.) Então J, com lágrimas nos olhos, diz:

² Registrei o diálogo de forma livre, não é uma transcrição literal.

— Eu sei o que você está passando. Eu também perdi um filho, tive um natimorto. Por meses eu chorei a morte inexplicável do meu filho. Todos tentavam me consolar, mas parece que ninguém entende. O tempo não me fez esquecer, mas a dor diminui, fecha a ferida, mas a cicatriz fica. Hoje é mais fácil, mas eu não esqueci.

A jovem enxuga suas lágrimas e pergunta onde fica o lugar que informará sobre a causa do óbito de Patrícia. Busquei orientação e a encaminhei ao lugar adequado. Em silêncio cada uma seguiu seu rumo. Naquele dia, ao entrar no carro, eu choro, choro pela alegria de ter dois filhos vivos; choro por aquela mãe sem filhos; choro por outras tantas mulheres que eu tive o privilégio de escutar naquela sala de espera; choro por Karina, minha irmã que eu, aos nove anos, senti mexer no ventre de minha mãe.

Ainda me lembro quando minha mãe, aos nove meses de gestação, foi para o hospital. Eu fiquei em casa, arrumei o quarto, lustrei os móveis, coloquei os sapatinhos em cima da cama e os guardei, repetidas vezes. Eu estava ansiosa para conhecer o novo integrante da família. Seria o filho homem que tanto esperávamos? Nasceu uma menina, mas minha mãe voltou para casa sem a minha irmãzinha nos braços.

Não acredito que eu tenha ido trabalhar com essas mulheres por acaso. Algo em mim ainda doía e de alguma forma eu “sabia” sobre a dor que aquelas mulheres sentiam. Eu me identifiquei com esta e outras que compartilharam comigo a tristeza e o fracasso de ter um filho morto no ventre. Era com dedicação e respeito que eu, semanalmente, oferecia a minha escuta voluntária. Com o passar dos meses foquei meu interesse no estudo de perdas fetais, escrevi, ainda na graduação, um artigo com o título *É o aborto uma dor narcísica irreparável?* (Freire & Chatelard, 2009). Mas minha ferida queria mais cuidado, assim, eu iniciei o mestrado.

Este estudo desenvolve-se a partir da escuta de questões relativas à maternidade com grupos de gestantes na sala de espera do pré-natal de alto risco do HUB, no período

de três semestres. Por ali passaram muitas mulheres, mais de duzentas gestantes, sendo 158 participaram regularmente, várias delas vivenciaram óbito fetal em outras gestações. Nos grupos de alto risco percebi que havia diferenças na forma como as mulheres investiam nas gestações. Quais seriam as diferenças entre as primigestas de alto risco e aquelas que tiveram natimorto no passado? Partindo da hipótese de que há diferenças entre os dois grupos na forma de investir na gestação, iniciei meus estudos sobre natimorto e suas mães grávidas novamente.

Esta pesquisa tem por objetivo estudar, numa perspectiva psicanalítica, o investimento psíquico materno em nova gestação após natimorto, especificamente, como ocorre a *transparência psíquica* nessas gestações. A pesquisa, utilizando anotações pessoais acerca dos encontros no HUB, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (UnB) em abril de 2011. Opto por escrever este trabalho na primeira pessoa, pois entendo que não faria sentido abordar um tema do qual eu faço parte mantendo-me distante.

Encontrei no conceito psicanalítico de transparência psíquica, desenvolvido pela psicanalista francesa Monique Bydlowski (2007), o suporte teórico para fundamentar esta pesquisa. Porém, utilizo autores de diversas linhas teóricas no campo da metapsicologia psicanalítica: Freud, Winnicott, Bydlowski e autoras secundárias, estudiosas dos processos psíquicos gestacionais.

Na revisão de literatura identifiquei infinitas pesquisas sobre aborto espontâneo (Assunção & Tocci, 2003), morte perinatal (Armstrong & Hutti, 1998) e outras tantas que incluem em uma só pesquisa abortos espontâneos, natimorto e morte perinatal (Badenhorst, et al., 2006). Os trabalhos da Dra. Julieta Quayle revelaram-me a existência de excelentes estudos sobre aborto espontâneo. Também identifiquei muitos estudos abordando o luto materno e familiar por natimorto (Duarte, 2008; Carneiro,

2006). Porém, há poucas pesquisas sobre as influências da experiência do natimorto na vida psíquica da mulher em nova gestação. Ao final da gestação, o investimento materno no bebê tende a ser muito maior que no início. Considerando que a experiência do luto materno por um filho natimorto é distinta da vivida por um aborto espontâneo e que as consequências deste luto para gestações posteriores são ainda pouco estudadas, dediquei-me a desenvolver esta pesquisa.

A revisão de literatura, sobre a condição do natimorto no mundo ocidental, é apresentada no primeiro capítulo juntamente com um breve estudo da feminilidade. A revisão agrupa os achados em artigos, dissertações e teses em cinco categorias, que são: o natimorto e o contexto sociocultural; luto materno por natimorto; falta de reconhecimento social do luto por natimorto; políticas públicas: prevenção, intervenção e apoio psicoterápico; interesse na etiologia das perdas fetais. Na segunda parte deste capítulo contextualizo a maternidade na história ocidental, discorro acerca da construção da feminilidade em Freud e do lugar da maternidade no psiquismo feminino.

Com a finalidade de estudar os processos psíquicos específicos do período gestacional introduzo, no segundo capítulo, um estudo do luto da mulher por um filho natimorto. Apoiando-me na metapsicologia freudiana apresento os conceitos de *narcisismo*, *luto* e *melancolia* no contexto de natimorto. Por entender que este luto é singular, distinto dos demais, apresento ainda um conceito que arrisco nomear de *enlutamento melancólico* por natimorto, para discutir a ferida narcísica que a morte de um filho, ainda no ventre, pode abrir na maternidade. Por fim, toco, sem aprofundar, na ideia de depressão em um puerpério sem filho.

Partindo do princípio de que a maternidade é construída psiquicamente, desenvolvo, no terceiro capítulo, o tema sobre a construção do *espaço psíquico materno* durante a gravidez, o qual nomeei de gestação do psiquismo materno. Neste período a

mulher transforma o estranho em familiar. Fundamento-me em Winnicott e Freud, paralelamente conto com os estudos de autores secundários como Lebovici e psicanalistas de linhas diversas, como Miriam Szejer, Regina Orth Aragão e Soifer. Desenvolvo a ideia winnicottiana de *preocupação materna primária* e a partir de Freud, os conceitos de regressão e identificação no contexto gestacional (essenciais para a construção e compreensão do conceito de transparência psíquica).

No quarto capítulo trago as ideias de *transparência psíquica* e *trauma pós-obstétrico*, de Monique Bydlowski. De acordo com esta autora, durante a gestação ressurgem, com intensidade, algumas fantasias regressivas e a afluição de lembranças infantis expressas de um modo nostálgico que contrastam com a ausência de um discurso razoável sobre a realidade do feto. Esse fluxo regressivo e rememorativo de representações demonstra precisamente a transparência psíquica característica deste período da vida. Bydlowski entende que se no primeiro parto ocorre algo trágico, como a morte do filho, pode instalar-se um trauma pós-obstétrico. Investigo neste trabalho se o trauma será revivido e se influenciará o investimento na nova gestação.

Nesta pesquisa, o conceito de transparência psíquica norteia a compreensão dos fragmentos clínicos a respeito da vivência da gestação após natimorto, a partir da minha experiência com o grupo de grávidas em alto-risco no pré-natal do HUB. A minha hipótese é que grávidas que anteriormente vivenciaram natimorto investem de forma singular na gestação, de forma distinta das primigestas, mesmo que estas estejam em gravidez de alto-risco. Considerando que no grupo em estudo todas as gestantes são de alto-risco, não há comparação com mulheres em gestações saudáveis. Este trabalho limita-se a estudar a transparência psíquica na gestação após natimorto, sem realizar um paralelo explícito com as primigestas.

Para alcançar este entendimento, relato dois casos que ilustram extremos de transparência psíquica após natimorto. O primeiro é de uma mulher que supera o trauma por natimorto e utiliza dos processos regressivos – específicos do período gestacional – em favor do investimento no novo filho que espera. O outro caso é de uma grávida que sofreu anteriormente três perdas fetais, e na quarta gestação ainda não consegue investir livremente nesse quarto filho que espera e a ameaça.

O que obstrui o livre investimento na gestação em curso? Haveria, nesta gestação, falta de investimento, como sinaliza a revisão de literatura, ou um hiperinvestimento vigilante? São questões como estas que este trabalho pretende pesquisar e trazer visibilidade.

CAPÍTULO 1

NATIMORTO INVISÍVEL E FEMINILIDADE

*Que a saudade é o revés de um parto
A saudade é arrumar o quarto do filho que já morreu*
Chico Buarque

1.1 Natimorto invisível

Como introdução ao tema principal deste trabalho – *Transparência psíquica*³ em gestação após natimorto, este primeiro capítulo apresenta os dois personagens deste estudo, o natimorto e a figura feminina. Primeiramente, a partir da revisão de literatura, delimito quem é o natimorto, sua incidência no mundo e o sofrimento psíquico materno por esta perda. A segunda parte do capítulo, também introdutória, é dedicada a noções sobre três aspectos da mulher, a contextualização do feminino no Ocidente, a construção da feminilidade em Freud e a questão da maternidade. Início com a revisão de literatura a respeito da condição do natimorto no mundo.

No último século a tecnologia médica e as pesquisas científicas têm se multiplicado e com elas o cuidado com o pré-natal, atenção à saúde da gestante e do feto, na tentativa de reduzir os riscos na gestação. Apesar de toda modernidade tecnológica, muitas mães ainda vivenciam a morte de seus filhos no ventre. Natimorto é a denominação dada ao feto que morre antes ou durante o nascimento. A expressão

³ Esta expressão será definida em outro capítulo.

óbito fetal é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a morte que ocorre antes da completa expulsão ou extração do produto da concepção do organismo, após a 22ª semana de gestação ou com peso superior a 500 gramas (Schupp, 2001). O termo recorrente refere-se à ocorrência de três ou mais óbitos, repetidas vezes.

A incidência de óbito fetal é difícil de ser determinada em função da falta de registros na maioria dos países (Fraen et al., 2011; Lawn et al., 2011; Stanton, Lawn, Rahman, Wilczynska-Ketende & Hill, 2006) e dos diversos conceitos usados para defini-lo. Cerca de 2,6 milhões de natimortos ocorrem a cada ano, sendo 98% em países de baixa e média renda; em alguns países de alta renda a ocorrência de natimorto pode ser de 1 para 300 nascidos (Fraen et al., 2011; Lawn et al., 2011). Os números variam de 2 para cada 1.000 nascimentos, na Finlândia, e para mais de 40 por 1.000 nascimentos na Nigéria e no Paquistão (Lawn et al., 2011). No Reino Unido e nos Estados Unidos da América a ocorrência de óbito fetal é de 1% dos partos (Badenhorst, Reiches, Turton & Hughes, 2006).

No Brasil, a pesquisa de Schupp (2001), realizada em prontuários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, estuda a incidência de óbito fetal e identifica a ocorrência em 4,5% (418 natimortos) das 11.442 gestantes estudadas entre 1993 e 1998. Enquanto o índice do Estado de São Paulo é de 1,5%, em 1997. Os registros estatísticos são escassos, os natimortos ainda não são identificados como uma questão de saúde pública (Fraen et al., 2011; Lawn et al., 2011), conseqüentemente, o sofrimento familiar por natimorto também fica invisível.

Mais que dados estatísticos, o sofrimento psíquico da mulher em condição de morte fetal tardia merece um olhar mais acurado, especialmente pela repetição constante e o desejo que mantém a insistência em ter outro filho. Segundo Freud (1914/1996), o desejo de ter filhos engloba um desejo maior, que é o desejo de imortalidade do ego.

O objetivo desta revisão é identificar na literatura científica publicações (artigos e dissertações) a respeito do sofrimento materno em decorrência de óbito fetal e aspectos como a recorrência, o desejo e o investimento em nova gestação e paralelamente discutir, à luz da psicanálise, os resultados encontrados. Destaco que os termos natimorto, óbito fetal e perda fetal são usados como equivalentes nesta pesquisa.

Os termos objeto de busca utilizados no levantamento bibliográfico foram: óbito fetal e natimorto, em associação com as palavras psicologia e psicanálise; em inglês *stillbirth* e *fetal death* em associação com *psychoanalysis* e *psychology*. As consultas foram realizadas nas bases de dados da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) da CAPES, Scielo, Lilacs, Google Acadêmico, ProQuest, MEDLINE e PsycINFO. Das publicações encontradas foram selecionados 19 artigos e quatro dissertações. A revisão contemplou documentos publicados no período de 1985 a 2011.

O critério de inclusão de artigos e dissertações prioriza as pesquisas que utilizaram métodos qualitativos em psicologia e psicanálise, usando diversos procedimentos e instrumentos de pesquisa. Porém, há exceções: artigos na área médica, utilizados para definir o conceito de óbito fetal, sua etiologia e *status* do natimorto no mundo. Não estão incluídos nesta revisão estudos de casos.

As pesquisas na área *psi* investigam questões relativas ao enlutamento materno ou familiar por óbitos fetais e as representações sociais das mulheres sobre perdas fetais. Em sua maioria, os estudos não definem o natimorto como único objeto de estudo, incluindo numa mesma pesquisa abortos espontâneos, óbito fetal tardio (natimorto) e morte neonatal (Brin, 2004; Badenhorst et al., 2006; Marson, 2008). A maior parte da literatura consultada estuda as perdas maternas decorrentes de abortos espontâneos,

ocorridos até a 21^a semana de gestação. Pesquisas exclusivamente sobre óbito fetal tardio, a partir da 22^a semana de gestação ou natimorto, são mais raras, as exceções são a pesquisa brasileira de Carneiro (2006) sobre o luto familiar por natimorto e o estudo psicanalítico de Iaconelli (2007) sobre sofrimento materno por óbito fetal. Na literatura internacional consultada há prevalência de pesquisas quantitativas, com interesse maior em dados estatísticos ou sociais (Fraen et al., 2011; Lawn et al., 2011; Sutan et al., 2010), exceto o estudo de Brin (2004) sobre as consequências da falta de rituais fúnebres para as famílias enlutadas e o psiquismo materno e de Badenhorst (2006) sobre os efeitos da morte neonatal e de natimorto nos pais.

Há poucas pesquisas qualitativas sobre o sofrimento psíquico da mãe circunscrito ao luto por filho natimorto e as influências destas perdas nas novas gestações. Em função da escassez de pesquisas exclusivamente sobre natimorto, esta revisão de literatura não pôde limitar-se a pesquisas sobre este tema. A maioria das pesquisas inclui, em um mesmo estudo, a perda fetal em todos os períodos gestacionais (de aborto espontâneo a natimorto), algumas abarcam até a morte neonatal. Os resultados encontrados nesta revisão são resumidos e categorizados em: natimorto e contexto sociocultural; luto materno por natimorto; falta de reconhecimento social do luto por natimorto; políticas públicas: prevenção, intervenção e apoio psicoterápico; e por fim, interesse na etiologia do óbito fetal.

1.1.1 Natimorto e contexto sociocultural

Uma das crenças existentes sobre ser mãe é de que a maternidade se justifica biologicamente, ou seja, é o mito da maternidade. Há quem discorde do argumento biológico apontando a influência sociocultural na manifestação do comportamento

materno. Badinter (1985) considera que a maternidade é culturalmente determinada muito além de sua natureza biológica. Assunção e Tocci (2003) também criticam tal pensamento e suas consequências: “a sociedade baseando-se no argumento biológico tem confinado as mulheres à função procriativa e ao cuidado da prole” (p. 6). Constatase que o contexto social influencia a representação social que as mulheres têm da maternidade (Trindade & Enumo, 2002) e que as mulheres sem filhos seriam tristes e incompletas (Espíndola et al., 2006). Assim, o desejo de ser mãe, segundo a literatura consultada, sofre influências do mito da maternidade (Espíndola, Benute, Carvalho, & Pinto, 2006; Quayle, 1985).

A pesquisa, em psicologia, realizada por Trindade e Enumo (2002) com 180 mulheres de diferentes estratos sociais, em Vitória, Espírito Santo, descreve a representação social que as pesquisadas têm das mulheres inférteis. As pesquisadoras encontraram, como resultado, que as mulheres consideram que a infertilidade se deve a problemas orgânicos (80%), emocionais (18,9%) e ao fatalismo (12,2%). Este estudo mostra, ainda, que a infertilidade é considerada mais problemática para as mulheres que para os homens. As mulheres pesquisadas se sentem pressionadas, cobradas, pela sociedade a serem mães. De acordo com as autoras, um dos fatores que colabora para a manutenção de tais representações sociais são os mitos existentes em torno da mulher e da maternidade. Os dados dessa pesquisa apontam como realização feminina a glória da maternidade, o que está de acordo com o que Badinter, citando Brochard (1872), afirma: “o filho no seio materno é a glória da mãe” (Badinter, 1985, p. 194).

Espíndola et al. (2006) realizaram uma pesquisa com 32 mulheres no pré-natal do Ambulatório de Abortamento Habitual, em São Paulo, com o objetivo de identificar crenças existentes no período gestacional acerca da gravidez e da maternidade. A pesquisa conclui que o desejo de gerar um filho é instituído culturalmente nas mulheres.

Tal desejo é visto como uma norma social, o que as deixaria vulneráveis ante o medo de abortamento. O estudo confere grande influência da cultura nas crenças acerca da maternidade, que é vista e discutida como um tema sagrado, reforçado, culturalmente, como algo bom e necessário à mulher. Outro resultado da pesquisa é que as mulheres veem o filho como algo que as completa e que a não concepção ou a falta de filhos nascidos vivos as levariam a uma vida triste e infeliz. Para os autores, as mulheres com histórico de abortamento recorrente são influenciadas por questões sociais e culturais.

Assim, as cobranças sociais pela maternidade colocam as mulheres numa situação de extrema fragilidade, ansiedade e insegurança ante a impossibilidade de gerar filhos vivos, especialmente as que já sofreram óbitos fetais. Tal contexto social influenciaria a forma como a mulher vivencia o luto por natimorto.

1.1.2 Luto materno por natimorto

Para Freud (1917/1996), o luto⁴, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, envolve abandono temporário de atitudes tidas como normais para com a vida, mas não é considerado como sendo condição patológica e é desnecessária a ocorrência de uma intervenção no período do luto, pois o próprio organismo se readaptará à perda. Porém, o luto materno por morte de feto é ímpar. A mulher constrói um vínculo com o bebê imaginário durante a gestação; ao perdê-lo ocorre um verdadeiro luto por parte de si e por perda objetal.

A mãe que sofre perdas fetais é ferida narcisicamente. A grávida que esperava um bebê idealizado volta para casa sem ele nos braços e terá que conviver com esta falta

⁴ No próximo capítulo aprofundarei no conceito freudiano de luto.

para sempre. No caso de vários natimortos, torna-se mais difícil a elaboração da perda. Goulart, Somarriba e Xavier (2005) investigam a perspectiva das mães sobre o tema.

O estudo qualitativo de Goulart et al. (2005), em Belo Horizonte, com 16 mães que perderam seus bebês, por óbito fetal tardio e no período neonatal, tem o objetivo de investigar a morte infantil, sob a perspectiva das mães, com o uso de entrevistas semiestruturadas. O resultado identifica medo, solidão, abandono, insegurança e impotência como sentimentos que acompanham as mulheres nos momentos que antecedem o parto de filho natimorto. Estes pesquisadores entendem que a maioria das entrevistadas considera que a gravidez representa a realização de um desejo, porém, permeado por ambivalência de sentimentos.

Duarte (2008), em sua dissertação de mestrado, faz uma pesquisa sobre óbito fetal tardio, com diagnóstico após a 20ª semana gestacional, realizada com cinco mulheres. As participantes foram entrevistadas no Ambulatório de Revisão de Parto do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, aproximadamente 50 dias após o parto. Esta pesquisa teve como objetivo interpretar os significados psicológicos atribuídos por mulheres ao fenômeno da morte de seu bebê antes do nascimento, e segundo esta investigação, o parto, já com o diagnóstico de morte fetal, é descrito como triste e frustrante. Em casa, a ausência do filho é sentida diariamente no contato com os pertences da criança, com a família e os amigos. Esta pesquisa considera ainda que a frustração e tristeza atribuídas a esse parto levam a sentimentos de incapacidade, vergonha e descrença em relação ao futuro.

O artigo de Freire e Chatelard (2009) é um relato de atendimentos em grupo, no Hospital Universitário de Brasília (HUB), com gestantes de alto risco, que já sofreram aborto espontâneo e perda fetal tardia. As participantes relatam sentimentos de fracasso, incompetência, medo e vergonha. As autoras descrevem o luto por perda fetal como um

enlutamento melancólico de longa duração, que não cicatriza apenas com o passar do tempo. De acordo com este estudo, quando em nova gestação, as mulheres pouco investem na gravidez, por defesa, medo de reviver a perda anterior. Tais mecanismos de defesa estão acompanhados de sintomas como: fantasias em relação ao bebê e baixa autoestima.

O relato do pouco investimento materno na gestação atual, após perda fetal, está em consonância com os resultados da pesquisa de Armstrong e Hutti (1998), fundamentada na teoria do apego de Bowlby. Este estudo objetiva descobrir se há distinção entre o nível de ansiedade e o vínculo pré-natal da gestante com a gravidez e seu bebê, entre um grupo de gestantes primíparas (15 participantes) e um grupo de grávidas que sofreram perdas fetais (16 participantes), todas no segundo trimestre gestacional em diante. Esta pesquisa agrupa todas as perdas fetais (aborto espontâneo, natimorto e morte neonatal) em um só conjunto. O nível de ansiedade foi mensurado a partir da aplicação do *Pregnancy Outcome Questionnaire* e o grau de vínculo pré-natal avaliado pelo *Prenatal Attachment Inventory*.

O grupo com perdas anteriores apresentou menor nível de vinculação com a gestação atual que as primíparas, quando comparado aos resultados de mulheres no mesmo período gestacional. O estudo conclui que as grávidas que sofreram perdas fetais anteriormente apresentam maior ansiedade e menor vínculo com a gestação em curso que as primíparas. A alegada falta de investimento pré-natal na gestação após natimorto, seguramente multideterminada, sofreria influências da vivência do luto não elaborado e do não reconhecido pelo grupo social (Armstrong & Hutti, 1998).

1.1.3 Falta de reconhecimento social do luto por natimorto

As pesquisas selecionadas nesta revisão sinalizam que falta reconhecimento social do luto por óbito fetal. Nota-se que a inexistência do reconhecimento pelo grupo social ocorre em nível mundial (Fraen et al., 2011), inclusive na legislação brasileira, sendo socialmente desmentido (Iaconelli, 2007).

Recentemente, Fraen et al. (2011) realizaram uma pesquisa sobre o *status* do natimorto no mundo, com taxas e contextos de ocorrência do fenômeno em 135 países. O artigo *Stillbirths: why the matter* (Natimortos: por que eles são importantes) é o primeiro de uma série, da revista *The Lancet*, sobre morte fetal. Os autores constataam a não relevância social do natimorto como uma questão de saúde pública. O artigo refere-se aos natimortos como *invisible losses* (perdas invisíveis), ao criticar a falta de reconhecimento social e de políticas públicas em relação ao natimorto que acontece no mundo; o estudo conclui que o luto das mães pode ser agravado por estigma social, como castigo pelos pecados ou culpa.

A invisibilidade do natimorto também é identificada e questionada por autores da Nova Zelândia (Jutel, 2006), dos Estados Unidos da América (Brin, 2004) e da Malásia (Sutan et al., 2010). A pesquisa de Sutan et al. (2010) com 62 mulheres, ao longo de um ano, que vivenciaram a morte dos filhos no ventre, questiona a falta de suporte social e psicológico no processo de luto. Segundo este estudo, a pessoa com mais capacidade de se identificar com a mãe enlutada seria aquela que também já vivenciou óbito fetal.

De acordo com Fraen (2011), milhões de mortes fetais não são contadas anualmente. Da falta de registro desses dados resulta o fato de a prevenção do óbito fetal não fazer parte das metas do milênio da Organização das Nações Unidas (ONU). Por não constar como morte humana nos registros estatísticos é que o natimorto,

invisível, não pode constar como meta de saúde pública no mundo. O Brasil está entre os países que não vê ou registra seus filhos natimortos.

A Lei Federal nº 6.216, de 30 de junho de 1975, determina que o registro de bebês natimortos seja feito em livro especial; o natimorto não possui certidão de nascimento nem nome. Tal norma nacional impossibilita a mãe e a família de nomearem este filho que nasceu sem vida. Nomear o filho facilita o investimento e desinvestimento da mãe no objeto, seu filho (Iaconelli, 2007). A nomeação do filho estrutura a percepção da mãe e organiza suas sensações. Ao nomear os objetos, o ser humano os faz subsistir no tempo, assim eles duram além de seu desaparecimento. O nome é o tempo do objeto, afirma Lacan (1954/1978) no Seminário 2. Sem o nome do filho a mulher não pode se situar e se equilibrar psiquicamente, especialmente a mulher que não possui outro filho.

Iaconelli (2007) busca, em seu artigo, compreender as dificuldades de elaboração do luto decorrente de óbito de feto a partir da ideia de desmentido e trauma. Segundo a autora, os efeitos da negação do luto são nefastos para o psiquismo da mãe, considerando que o luto não costuma ser reconhecido pelos outros, familiares e profissionais, incluindo a falta, essencial, de rituais fúnebres para sua elaboração. Falta espaço social para elaborar o luto, que é desconsiderado e desmentido. Assim, instala-se o trauma por não ser permitido sentir e saber a existência do luto, obstruindo a possibilidade de representação do filho, com prejuízo do teste de realidade. A passagem pelo teste de realidade pressupõe a experiência do luto, da dor, com a participação de todos à sua volta. Se a morte do bebê não é reconhecida pelo outro, a mãe pode se calar, o que levaria a mulher ao desamparo (Iaconelli, 2007).

Para Brin (2004), a falta de rituais fúnebres dificulta a elaboração do luto, devido à impossibilidade da mãe e dos familiares verem, tocarem e vestirem o feto.

Ironicamente, os estudos sobre perdas gestacionais, selecionados, não nomeiam como mãe a mulher que sofre por um filho natimorto. Se há um filho, deve haver uma mãe. Porém, a mulher que não está autorizada a ser mãe de um filho vivo, também não pode ser considerada mãe de um filho morto, é uma mãe não-mãe. Santos et al. (2004) questionam o fato de as pesquisas considerarem o problema das perdas fetais segundo o olhar de quem vê o problema do lado de fora e não na perspectiva materna. O caráter invisível do natimorto e o luto silencioso, não reconhecidos socialmente, têm como desdobramento a inexistência de políticas públicas voltadas para prevenção do óbito fetal (Fraen et al., 2011).

1.1.4 Políticas públicas: prevenção, intervenção e apoio psicoterápico

Em função de o luto não ser validado socialmente, a família e os profissionais da saúde não sabem como agir. Dos estudos selecionados, vários discutem questões de políticas públicas: estrutura hospitalar, posicionamento dos profissionais da área de saúde, relevância da intervenção psicoterápica junto às mães e apoio social no processo de luto por natimorto.

Dois estudos destacam como problemáticas a estrutura hospitalar e a forma como os profissionais da saúde lidam com mães enlutadas na maternidade dos hospitais (Assunção & Tocci, 2003; Freire & Chatelard, 2009). Os textos contam experiências de mães que, após perderem seus filhos (por abortos espontâneos ou natimortos), permanecem na maternidade ao lado de puérperas que maternam seus filhos. Vale ressaltar que Duarte (2008) argumenta que após a perda fetal a mãe apresenta dificuldades no relacionamento com mulheres grávidas e com bebês, pois tal contato traz a lembrança da ausência do filho. Para esta autora, a mulher que vivencia a morte

de uma criança antes de seu nascimento precisa expressar e sentir suas dores para reorganizar-se emocionalmente, uma vez que a negação de tais sentimentos impossibilita a elaboração adequada do luto. A autora sugere a criação de espaços para expressão dos sentimentos, nas instituições de saúde, como uma medida terapêutica e preventiva.

Iaconelli (2007) também afirma a necessidade da criação de grupos terapêuticos, nos serviços de saúde, para que os pais enlutados possam compartilhar sua dor com os demais. Santos, Rosenburg e Buralli (2004) apresentam um estudo qualitativo das histórias de perdas fetais narradas por sete mulheres com o objetivo de “(re) conhecer o significado da perda para mulheres que vivenciaram a experiência” (p. 268); os autores destacam a necessidade de mudança de paradigmas no atendimento às mulheres enlutadas e a humanização dos serviços de saúde por uma equipe multiprofissional. Nos hospitais há médicos e enfermeiros para cuidar do corpo da mãe e pediatras para atender os bebês; todavia, em geral, não há quem acolha o sofrimento psíquico da puérpera após o nascimento de seu filho morto.

Nos estudos selecionados é consenso a necessidade de alguma intervenção psicoterápica junto às mães enlutadas. Os textos de abordagem psicanalítica enfatizam a criação de espaços de escuta para que a mãe possa ressignificar os sentimentos vivenciados neste contexto (Iaconelli, 2007; Marson, 2008). O acompanhamento psicoterápico individual também é indicado para elaboração do luto (Espíndola et al., 2006; Santos et al., 2004). A revisão literária revela que a ausência de reconhecimento social ecoa nas maternidades, onde também não existe um ambiente de cuidado psíquico para que a mãe vivencie o luto de forma adequada.

A ideia de Winnicott (1958/2005) de um ambiente de *holding* inaugura-se com a relação mãe-bebê dentro da família e expande-se para outros grupos sociais, como os

hospitais. As maternidades deveriam contar com um ambiente de *holding*, para além dos cuidados com o físico, onde a mãe enlutada pudesse vivenciar sua dor, por meio do acolhimento, com uma escuta sensível, atenta e disponível.

Em casos de perdas recorrentes e desejos repetidamente frustrados as mães estariam mais sensíveis e carentes de escuta e acolhimento adequados. Uma investigação detalhada do óbito infantil, de modo a compreendê-lo para além de seu significado numérico e documental, é de fundamental importância como subsídio para o adequado planejamento de intervenções (Goulart et al., 2005). A literatura científica ao mesmo tempo em que interroga a questão social e as formas de intervenção também se ocupa com as causas que levam um bebê à morte no ventre de sua mãe.

1.1.5 Interesse na etiologia do óbito fetal

A questão etiológica é, na verdade, a primeira pergunta que faz a família, os médicos e a própria mãe: Por quê? O que levou a criança à morte? As alterações genéticas são sempre as primeiras a serem investigadas pelos médicos (Barini et al., 2000). Há muitas pesquisas quantitativas no campo da saúde pública, em ginecologia e obstetrícia (Fraen et al., 2011; Jutel, 2006; Schupp, 2001; Stanton, 2006) ou da enfermagem (Assunção & Tocci, 2003). Periódicos na área da medicina são, em geral, relatos de pesquisa sobre as condições biológicas que impedem uma gestação de chegar a termo (Barini et al., 2000; Schupp, 2001).

A causa das perdas fetais é atribuída, na maioria dos casos, a disfunções imunológicas, hormonais, metabólicas, aspectos genéticos, anomalias anatômicas, enfermidades crônicas, infecções maternas, traumas físicos, práticas anticoncepcionais, fármaco-dependência e uso do álcool (Quayle, 1985). A porcentagem de natimorto com

causa inexplicável pode variar de 9 a 43%, aumentando a partir da 40ª semana (Schupp, 2001), ou seja, óbitos fetais tardios são mais difíceis de ser explicados.

Pesquisa australiana de Robson, Líder, Caro e Bennett (2009), sobre a expectativa das mulheres em relação ao tipo de parto da próxima gestação, após natimorto inexplicável, revela que um terço dos óbitos fetais, naquele país, é de causas desconhecidas, o que sinaliza a necessidade de se investigarem as causas psíquicas.

Questões etiológicas psíquicas também são abordadas na literatura científica (Haynal & Pasini, 1983; Quayle, 1985; Wisborg, 2008). A possibilidade de as perdas fetais serem afetadas por questões psíquicas como depressão, ambivalência em relação à maternidade ou influência da história da grávida com sua mãe, é criticada por Schupp (2001). Poucos autores aventuram-se a investigar acuradamente as influências psíquicas maternas sobre as perdas fetais.

Wisborg et al. (2008) realizaram uma pesquisa com 19.282 mulheres em primeira gestação, todas elas respondendo a um inventário de avaliação de *stress*, o *General Health Questionnaires* (GHQ). As pesquisadas que obtiveram alto nível de *stress* tiveram maior risco de ter natimorto (80%). Gestantes com complicações físicas foram excluídas dos resultados. O estudo conclui que o *stress* psicológico durante a gravidez está associado ao aumento do risco de natimorto; tal relação sugere que questões psíquicas maternas podem estar relacionadas a perdas fetais.

Haynal e Pasini (1983) reconhecem que em caso de abortos recorrentes o primeiro é acidental, mas vivido como fracasso, o que pode influenciar os abortos seguintes. Se o risco de perda gestacional é maior na mulher que já apresentou uma perda do que naquela mulher que nunca abortou (Quayle, 1985), é muito provável que haja influências psíquicas da perda por natimorto nas gestações e perdas fetais posteriores.

A pesquisa de Espíndola et al. (2006) identifica pouco investimento afetivo das entrevistadas com a gestação em curso, em função das perdas anteriores. Os autores observam que, em se tratando de abortamento recorrente, o desejo muitas vezes é transformado em pressão social, pelas expectativas do parceiro ou de familiares. O estudo alerta para a necessidade de averiguar a possível existência de algum fator psíquico que leve ao abortamento.

Conclui-se que a percepção social da relevância da maternidade influencia a forma como a mãe vivencia a morte do filho natimorto. Assim, o sofrimento psíquico por óbito fetal é triplo, a mãe sofre um luto pela morte do filho, pela impossibilidade de ser mãe e pela não validação social de seu luto, uma perda invisível. Os estudos selecionados nesta revisão, em sua maioria, limitam-se ao luto por perdas fetais, mas não avançam na sua investigação, não estudando o que ocorre em nova gravidez com a mulher que, anteriormente, teve filho natimorto.

Esta revisão de literatura permite afirmar que há carência de estudos sobre a influência do psiquismo materno como um dos aspectos facilitadores das perdas fetais, em especial as mortes sem causa identificada. A revisão sinaliza a falta de iniciativa pública para o enfrentamento dos problemas de saúde da mulher, do cuidado com o luto e de redes sociais de apoio. É preciso que os profissionais da área *psi* tenham um olhar diferenciado, tornando visíveis os natimortos para que a dor dos que os perdem possa ser reconhecida.

Com a intenção de lançar luz sobre esta perda invisível é que nasce esta pesquisa, um estudo sobre a transparência psíquica na gestação após natimorto. Apresento a seguir um pequeno relato da história da mulher brasileira, da feminilidade e da maternidade: quem é a mulher a ser estudada, como se constitui a sua feminilidade e o lugar da maternidade em nossa sociedade.

1.2 Contextualização: feminilidade e maternidade

*Ela [a menina] desliza – ao longo da linha de uma equação simbólica,
poder-se-ia dizer – do pênis para o bebê.*
Freud, 1924/1996

O Brasil é um país fortemente influenciado por valores cristãos. Nota-se isto no papel central que a maternidade ocupa na sociedade e no fato de o aborto provocado, um problema de saúde pública, ainda ser ilegal e moralmente condenado. No Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) há duas exceções para realização de aborto: quando a gravidez oferece risco de vida para a mãe ou quando o feto em gestação é resultado de estupro, ainda que o feto seja viável. Porém, mesmo quando o feto não tem esperança de sobrevivência após o nascimento, como o anencéfalo, a lei não permite a realização de aborto.

Para exemplificar sobre a postura da sociedade em relação ao aborto, pode ser lembrada a recente polêmica nacional em torno da “antecipação do parto” de feto com anencefalia (malformação rara, caracterizada pela ausência parcial do encéfalo da calota craniana, nas primeiras semanas da formação embrionária). Em abril deste ano, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que não caracteriza crime de aborto tipificado no Código Penal a mulher que decide pela “antecipação do parto” em caso de gravidez de feto anencéfalo. O STF não legislou acerca do aborto – legislar é competência do Congresso Nacional –, não criou uma terceira exceção para o aborto. A Corte atentou não para o início da vida, mas para sua potencialidade. No caso de fetos com anencefalia, sabe-se que não há, potencialmente, possibilidade de vida após o nascimento. Sob esse ângulo, a curetagem de um feto anencéfalo deixa de ser um

aborto, no sentido jurídico da expressão. Se não há possibilidade de concretização da vida, não há crime contra a vida, portanto, não é aborto.

Independentemente da expressão, antecipação do parto ou aborto, a decisão causou grande comoção popular. Religiosos ou não se manifestaram a favor da vida, não levando em conta o sofrimento psíquico da mulher que carrega um filho potencialmente morto no ventre, análogo ao natimorto. Este fato demonstra quão sublime – no sentido de que seus méritos ultrapassam o normal – a maternidade ainda é considerada, tendo a mulher que se submeter a qualquer sacrifício em função de um filho. O que está de acordo com a afirmação de Badinter (1985) de que a maternidade é influenciada e sacralizada pela cultura cristã ocidental. No contexto do mundo cristão os valores em relação à mulher e à maternidade foram construídos ao longo dos séculos, principalmente após o século XVIII.

Ao final do século XVIII há uma exaltação do amor materno nos discursos dos filósofos, médicos e políticos. Rousseau (1762/2004), baseado no amor materno, em *Emílio*, lançou ideias fundamentais sobre a família, valorizando o vínculo afetivo entre mãe e filho. No período iluminista, o discurso médico acompanha o pensamento de Rousseau e começa a intimidar e culpar as mães quando passa a considerar a recusa em amamentar e a tentativa de aborto como crimes (Maldonado, 1985).

Consequentemente, no século XIX há um crescimento do culto à maternidade e paralelamente amplia-se o espaço da mãe e da criança na sociedade em um período que já se fala em controle da natalidade (Ariès, 1978). Durante esse século a sociedade brasileira sofre muitas transformações, como a consolidação do capitalismo e a nova caracterização da vida urbana, que levariam a uma nova configuração da vida familiar, das atividades femininas e da forma de pensar o amor (D’Incao, 2006). Para esta autora, o ideal da maternidade dedicada, cultivado pela família burguesa, marca presença em

publicações dirigidas às mulheres. Estas literaturas ressaltam a mulher como frágil e forte ao mesmo tempo.

Soihet (2006), ao escrever sobre a história da mulher no Brasil, considera que, com o fim da escravidão, em 1888, os hábitos populares passam a ser alvo de atenção. Espera-se da família organização, respeito às leis e às convenções sociais, sendo a mulher a responsável por esta estrutura e estabilidade do lar. Nessa época, as características femininas evidenciadas são a fragilidade, o recato, o predomínio da afetividade sobre a intelectualidade e a vocação maternal (por questões biológicas). Em decorrência desses estereótipos femininos, a sociedade exige da mulher atitudes de submissão, como a exigência da virgindade para o casamento e de exclusividade sexual ao marido, sem reciprocidade. A mulher foi, ao longo da história da humanidade, inferiorizada (como no mito de Eva), divinizada (a exemplo da Virgem Maria) e em outros momentos perseguida como bruxa.

No contexto ocidental foi Sigmund Freud quem pensou a mulher com sexualidade, mesmo que numa perspectiva faltosa em relação ao homem. Destaco que a figura da mulher era para Freud (1931/1996) algo muito difícil de ser compreendido. Ele tentou entendê-la tomando como referência o pênis que nela falta. Freud passa a compreender o desenvolvimento do psiquismo feminino de forma distinta do masculino. Na lógica freudiana da castração, enquanto o menino, tomado pela angústia da castração, lança mão da mãe e do pai como objetos de amor, a menina tem outro percurso edípico. Ela não pode temer perder o que não possui. O que a ameaça, afirma Freud (1914/1996), é a possibilidade de não ser amada.

Ao descobrir-se castrada, que o seu pênis é muito menor, a menina sente-se inferiorizada e inveja o pênis do menino (Freud, 1925/1996, 1931/1996, (1933[1932]/1996). Desta constatação surgem três caminhos possíveis. A primeira via

de resolução da demanda edípica seria a aceitação por parte da menina de que a sua demanda não será atendida. Para Freud, a aceitação de sua falta levaria à feminilidade (Freud, 1933[1932]/1996). Freud (1925/1996) explicita: “Ela o viu, sabe que não o tem e quer tê-lo” (p. 281).

A segunda possibilidade seria uma saída neurótica baseada na esperança duradoura de conseguir um pênis (Freud, 1925/1996), o que poderia levar a recusa geral à sexualidade feminina (não quero ser mulher) em defesa da masculinidade. A retenção da masculinidade poderia levar à escolha de objeto homossexual (Freud, 1931/1996).

A terceira via intriga Freud, pois apresenta uma reação que se gradua de uma recusa característica da solução anterior para uma renegação, como uma mulher no corpo de homem (Zalcborg, 2003). Nesta solução Freud vislumbra uma saída pela psicose: “Assim, uma menina pode recusar o fato de ser castrada, enrijecer-se na convicção de que *realmente* possui um pênis e subsequentemente ser compelida a comportar-se como se fosse homem” (Freud, 1925/1996, p. 282, grifo do autor).

Freud considera que o complexo de Édipo é uma formação secundária nas meninas, e que:

As operações do complexo de castração o precedem e preparam. A respeito da relação existente entre os complexos de Édipo e de castração, existe um contraste fundamental entre os dois sexos. *Enquanto, nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de castração.* Essa contradição se esclarece se refletimos que o complexo de castração sempre opera no sentido implícito em seu conteúdo: ele inibe e limita a masculinidade e incentiva a feminilidade (Freud, 1925/1996, p. 285, grifo do autor).

Logo, o complexo de castração na menina é essencial para o desenvolvimento de sua feminilidade. Neste processo, a filha, quase sempre, culparia a mãe por sua castração, afastando-se dela (Freud, 1924/1996, 1925/1996). Na mulher, o complexo de castração não tem fim.

No que toca à relação objetal, na fase pré-ediapiana, tanto a menina quanto o menino estão ligados exclusivamente à mãe, primeiro objeto amoroso de toda criança (Freud, 1925/1996, 1931/1996), em função de o seio ser o objeto paradigmático para todo vínculo de amor: “para a criança, a amamentação no seio materno torna-se modelar para todos os relacionamentos amorosos” (Freud, 1905/1996, p. 210). Freud considera difícil para a menina desligar-se desta relação primária com a mãe, que fora construída de maneira muito rica, multifacetada e ambivalente (Freud, 1931/1996). Freud descobre que o processo de feminilização da menina pode ser dificultado pela sua intensa ligação com a mãe. A partir de 1924, ele passa a centrar seus estudos da sexualidade na relação mãe-filha e a estudar como e por que a menina se separa de sua mãe (Zalcborg, 2003).

Mas a menina terá que se desligar da mãe para dirigir-se ao pai e criar um modelo masculino de relação objetal para a sua fase adulta. Assim, ela muda seu objeto de amor que passa a ser a figura paterna, ou masculina (Freud, 1925/1996, 1931/1996). Na adolescência a criança terá que renunciar aos objetos infantis e recomeçar com uma corrente sensual, que a levará a conjugar todos os desejos em um único objeto (Freud, 1905/1996).

Antes de instituir a primazia do falo em substituição à primazia do pênis em sua teoria, Freud considera a equivalência pênis-bebê no psiquismo infantil (Freud, 1923/1996). Para toda menina, o Édipo se baseia na promessa edípica de receber uma criança do pai. Freud entende que quando a menina está ligada ao pai, ela quer receber dele o pênis, porém, “a renúncia do pênis não é tolerada pela menina sem alguma tentativa de compensação. Ela desliza – ao longo da linha de uma equação simbólica, poder-se-ia dizer – do pênis para o bebê” (Freud, 1924/1996, p. 198). A menina passaria da inveja do pênis para o desejo de pênis, ou de homem. A mulher passaria a desejar, como presente, um bebê de seu pai, dito de outra forma, ela deseja dar-lhe um filho.

Um meio de possuir o falo, de forma simbólica, é ter um filho. O desejo de pênis é assim abandonado e substituído pelo desejo de filho. De acordo com Freud (1924/1996), “os dois desejos – possuir um pênis e um filho – permanecem fortemente catexizados no inconsciente e ajudam a preparar a criatura do sexo feminino para o seu papel posterior” (p. 198). Ao fazer esta passagem a menina está livre de determinantes de uma neurose na vida futura (Freud, 1937/1996).

Marie Langer, cidadã alemã radicada em Buenos Aires desde 1942 e membro do seu círculo psicanalítico, apresenta em seu livro *Maternidade e sexo* (1981) um capítulo de revisão de literatura psicanalítica sobre a feminilidade, no qual considera que:

Karen Horney admite a inveja fálica, mas sustenta que esta pode ser facilmente vencida pelas crianças e que só tem resultados daninhos posteriores como a virilização da mulher adulta ou atitudes agressivas ou de recusa frente ao homem se a menina falhou em sua identificação infantil com sua mãe. Normalmente a menina identifica-se com sua mãe, inclinando-se, como esta, amorosamente para o pai e desejando ter um filho dele (Langer, 1981, p. 48).

Compartilhando da afirmativa freudiana de que a falha da menina na identificação com sua mãe pode, no futuro, resultar em danos posteriores na aceitação de sua feminilidade (Freud, 1931/1996), pode-se entender, dentro do contexto desta pesquisa, que é possível que um desses danos seja a dificuldade em lidar com a maternidade, acarretando dificuldade em conceber, facilidade em sofrer abortos espontâneos, óbitos fetais ou até assassinatos de recém-nascidos por suas mães. As reações das mulheres para com a gestação e seus bebês estão diretamente relacionadas à sua ligação com suas próprias mães. Na possibilidade de uma menina ser mãe e mulher, sem abdicar de nenhum desses dois aspectos constituintes de sua feminilidade, é que a filha pode encontrar um apoio para formar a sua feminilidade, distinta da de sua mãe (Zalberg, 2003). Este tema será mais elaborado no terceiro capítulo, que trata da

construção do psiquismo materno, ao estudar o processo de identificação da gestante com sua mãe.

As mulheres podem transmitir a suas filhas seu cuidado, seu amor, seu ódio, sua violência, sua ambivalência, o desejo pela maternidade, assim como a impossibilidade de o desejo existir ou de ser sustentado. Ou seja, nem toda mulher estaria preparada, psiquicamente, para lidar com a maternidade. Algumas mulheres manifestam dificuldades para tornarem-se mães. Catherine Serrurier (1993) é uma autora que desvela a existência de mães más. Ela lembra que sempre existiram as mães filicidas da mitologia, as bruxas e madrastas na literatura infantil, a realidade do abandono de bebês em rios, lixos, ruas e assassinatos de recém-nascidos por suas mães. A autora descreve essas mães como mães comuns, mulheres condenadas por não serem mães boas o bastante, podendo ser depressivas e ambivalentes em relação à maternidade.

Segundo Badinter (1985), a maternidade é um valor construído. O mundo ocidental impõe o mito do amor materno como algo inato. O mito de que a mulher nasce para ser mãe leva à cristalização da ideia de que a realização da mulher só acontece pela maternidade, enquanto que para o homem seria necessário aprender a ser pai. Desde 1905, em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud começa a perceber que a feminilidade não é algo que existe desde o início, que a bebê não nasce mulher, mas torna-se constantemente mulher, vindo a constatar tal fato em 1923, em *A organização genital infantil*. Assim, pode-se afirmar que a mulher não nasce capaz de tornar-se mãe, ela pode aprender a tornar-se mãe.

A maternidade, construída de diferentes modos, manifesta-se nas mais diversas formas e ocupa um lugar central em nossa cultura. Há ideais em relação à maternidade, a mãe constantemente amorosa, cuidadora e sempre disponível, todavia não existe uma

mãe ideal. As mães são mulheres comuns que por diversos motivos buscam, ou não, a maternidade (Badinter, 1985).

Há mulheres que não são capazes de conceber filhos, as inférteis; outras geram filhos, todavia eles morrem antes do nascimento ou durante o parto, são as mães não-mães. Como as mães que têm filhos natimortos vivenciam esta perda? No próximo capítulo, com o intuito de conhecer melhor a especificidade do luto por natimorto, fundamentando-me em Freud, apresentarei alguns conceitos psicanalíticos que considero essenciais neste estudo: narcisismo, luto, melancolia e depressão.

CAPÍTULO 2

NASCIMENTO E MORTE DE UMA MÃE

Quando nada acontece há um milagre que não estamos vendo
Guimarães Rosa (1962/2001)

2.1 Narcisismo e a ferida por natimorto

No capítulo anterior apresentei o natimorto e a figura da mulher. Agora, pretendo investigar a relação entre eles, a saber, o processo de luto vivenciado pela mulher em condição de óbito fetal tardio, a partir da vigésima segunda semana de gestação, na perspectiva da gestante primípara, que ainda não teve filho nativo. Para alcançar tal objetivo faz-se necessário primeiramente apresentar noções do que seja narcisismo, sua especificidade no contexto gestacional e o abalo narcísico que vivencia uma mulher ao ter um filho natimorto.

O texto freudiano mais importante acerca do narcisismo é *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914/1996), em segundo lugar a *Conferência XXVI A Teoria da Libido e o Narcisismo* (1917). Conforme os comentários de Hanns, desde 1909, em reunião da Sociedade de Psicanálise de Viena, Freud já havia declarado que o narcisismo era uma etapa entre o autoerotismo e o amor objetal (Freud, 1914/2004).

O termo narcisismo foi utilizado primeiramente por Näcké, em 1899, para designar uma perversão na qual o indivíduo trata o próprio corpo como um objeto

sexual (Freud, 1914/2004; 1917/1996). Foi Freud quem ampliou o uso do termo narcisismo ao apresentar este conceito como algo inerente a todo ser humano. Para ele “o narcisismo não seria uma perversão, mas o complemento libidinal do egoísmo próprio da pulsão de autoconservação, egoísmo que, em certa medida, corretamente pressupomos estar presente em todos os seres vivos” (Freud, 1914/2004, p. 97).

Enquanto o egoísmo considera a vantagem do indivíduo, o narcisismo considera sua satisfação libidinal (Freud, 1917/1996). O narcisismo é um estágio inicial do desenvolvimento da libido posterior ao autoerotismo, no qual ocorre a primeira escolha objetal, sendo o próprio *eu* o objeto escolhido para investir sua libido (Freud, 1914/1996). Posteriormente a pessoa será capaz de escolher outros objetos, que não o *eu* para investir sua libido.

Libido é uma expressão tirada da teoria das emoções. Freud a utiliza para nomear a energia considerada como uma magnitude quantitativa dos instintos relacionados à palavra amor (Freud, 1921/1996). Freud faz distinção entre libido do *eu* e libido objetal. A libido do *eu* toma como objeto a própria pessoa e a libido objetal tem o seu investimento voltado para um objeto externo. A libido do *eu* e a libido objetal têm uma única fonte de energia psíquica. Quanto mais uma libido consome energia, mais a outra se esvazia (Freud, 1914/2004).

A gravidez sugere uma nova perspectiva no que tange ao investimento libidinal. Na gestação pode-se considerar o amor e outros sentimentos direcionados ao feto como narcísicos. Isto porque o feto, parte do corpo da mulher, tem a libido da gestante voltada para ele, o que caracterizaria um investimento narcísico. Bydlowski (2007) entende que o bebê, objeto investido durante a gravidez, não difere do *eu*, já que os dois são a mesma pessoa. Em outras palavras, no período gestacional o investimento libidinal seria

simultaneamente narcísico e objetal. Após o nascimento do bebê, a libido objetal iria aumentando em detrimento da narcísica.

Na definição de Freud (1914/2004), há uma via que conduz ao pleno amor objetal nas mulheres: “A criança que gerarão apresentar-se-á diante delas como se fosse uma parte de seu próprio corpo, na forma de outro objeto, e, assim partindo de seu próprio narcisismo, elas podem dedicar-lhe todo o seu amor objetal” (p. 109). O narcisismo primário leva a mãe a qualificar o filho com beleza, inteligência e outras perfeições ignorando todos os defeitos. Ele seria a *Sua Majestade o Bebê* (Freud, 1914/2004). O amor materno é o narcisismo da mãe ressurgido do narcisismo primário que se converte em amor pelo bebê. Freud (1919/1996) argumenta que, para ter um filho e poder investir narcisicamente em uma criança, seria necessário amar o que somos, o que fomos e o que gostaríamos de ser, assim como aqueles que de nós cuidaram.

Em *Sobre o narcisismo: uma introdução* Freud (1914/2004) pergunta: “por que a vida psíquica se vê forçada a ultrapassar as fronteiras do narcisismo e a depositar a libido nos objetos” (p. 105). Isto acontece quando o investimento libidinal no *eu* ultrapassa uma determinada quantidade. Para este autor, “um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas, no final, precisamos começar a amar para não adoecer, e iremos adoecer se, em consequência de impedimentos, não pudermos amar” (Freud, 1914/2004, p. 106).

No mesmo texto este autor apresenta três vias de acesso ao estudo do narcisismo: a doença orgânica, a hipocondria e o amor entre os gêneros. No contexto gestacional cabe destacar as duas primeiras vias: doença e hipocondria. Quando um indivíduo agoniza com uma doença física, há um desligamento da libido do mundo externo, esta libido é direcionada novamente para o *eu*, como catexia aumentada da

parte doente do corpo. Na hipocondria acontece algo semelhante, porém não há doença em nenhum órgão (1917/1996).

Como na doença, a grávida retira o investimento libidinal do mundo externo e o direciona para o Eu, passando a hiperinvestir no feto, que é um objeto interno. O primeiro a observar a semelhança entre a gravidez e a doença foi Winnicott ⁵ (1956/1993), em *Preocupação Materna Primária*, observando que o estado gravídico poderia ser considerado patológico se não fosse sua singularidade:

Este estado organizado (que, não fosse pela gravidez, seria uma doença) poderia ser comparado a um estado retraído, ou a um estado dissociado ou uma fuga, ou mesmo a uma perturbação a um nível mais profundo tal como um episódio esquizoide, no qual algum aspecto da personalidade assume temporariamente o controle. Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe na fase mais inicial da vida de um bebê, sem entender que ela deve ser capaz de atingir este estado de sensibilidade aumentada, quase uma doença, e recuperar-se dele (Winnicott, 1956/1993, p. 494).

De modo semelhante à doença, “o estado de sono implica um recolhimento narcísico da libido, esta sai das posições antes ocupadas e realoca-se agora para a própria pessoa” (Freud, 1914/2004, p. 104). Uma das características fisiológicas apresentadas pelas gestantes é a hipersonia, o que parece corroborar a ideia de aumento do investimento no *eu* e no objeto internalizado, o bebê, em detrimento do mundo externo. Após quase nove meses investindo na gestação, o feto já foi ouvido e visto através da ecografia, o sexo é conhecido, o nome já está escolhido, as roupas compradas, as fantasias maternas desenvolvidas. Todavia, o nascimento de uma mãe pode ser interrompido pela morte de um filho no seu ventre.

Entendo que abalo ao narcisismo em condição de óbito fetal seria ainda mais específico que em qualquer outro contexto. Após ter um filho natimorto, a mulher volta para casa como uma mãe não-mãe, em uma situação única no que tange ao investimento libidinal, sem o objeto externo para investir sua libido. O bebê real não está lá e a mãe

⁵ No próximo capítulo apresentarei este autor e o conceito de preocupação materna primária.

não tem como identificar semelhanças ou diferenças entre o bebê imaginário⁶ e o real. Cabe ressaltar dois pontos: o nascimento de um filho natimorto exige um trabalho de parto doloroso, geralmente o parto é induzido. Este parto é vivido como um trauma psíquico de grande intensidade. Para Bydlowski (2007), o primeiro parto constitui o ponto de partida das neuroses traumáticas pós-obstétricas⁷.

A morte do bebê ainda no ventre dificulta o desinvestimento deste objeto internalizado (Bydlowski, 2007). Algumas vezes, na ocorrência de natimorto, falta o *princípio de realidade* para nortear a mãe, pois o bebê não é visto ou tocado, não há rituais fúnebres, não há nome ou registro para este filho. Nomear o filho facilita o investimento e desinvestimento da mãe no objeto (Lacan, 1954/1978). A nomeação do filho estrutura a percepção da mãe e organiza suas sensações, viabiliza um rearranjo do narcisismo. De acordo com Laplanche e Pontalis (1967/1985), o princípio de realidade é o princípio regulador do funcionamento psíquico e sua instauração corresponde a uma série de adaptações que o aparelho psíquico tem que vivenciar. A passagem pelo teste de realidade, neste caso, pressupõe a experiência do luto, da dor, com a participação de todos a sua volta.

Freud (1925/1996), referindo-se à descoberta da menina de que o seu pênis é menor, afirma que a mulher percebe que foi ferida narcisicamente e desenvolve como cicatriz o complexo de inferioridade. Como estudado anteriormente, Freud (1925/1996) faz uma equivalência entre falo e filho. Ao ter um filho natimorto, a mulher se sentiria, mais uma vez, ferida em seu narcisismo e a ferida se reabriria. Ferida da humilhação em relação às outras mães e da incapacidade de gerar um filho vivo, o que seguramente abalaria o seu narcisismo.

⁶ No capítulo três faço a distinção entre bebê imaginário e bebê real, segundo Lebovici.

⁷ Trauma pós-obstétrico é estudado por Monique Bydlowski e será discutido no último capítulo deste trabalho.

A partir dos atendimentos no Hospital Universitário de Brasília (HUB) e da revisão de literatura é possível afirmar que os sentimentos das mulheres após óbito fetal são de impotência, fracasso, tristeza e vergonha. Uma das participantes do grupo conta que quando teve seu segundo natimorto ficou na maternidade com outras puérperas e seus bebês. A jovem narra, com lágrimas nos olhos, que nunca se sentira tão humilhada: “Uma das vezes que eu perdi o bebê fiquei na maternidade ouvindo o choro dos filhos das outras, foi horrível, nem posso falar o que passava pela minha cabeça”.

De acordo com Lebovici, o nascimento de um filho vivo renarcisa sua mãe (Lebovici, 1987). Enquanto as outras mulheres estavam com seus filhos vivos, a jovem citada estava sem um objeto real para amar ou para valorizá-la falicamente. Há uma impossibilidade de amar e sentir-se amada e com isso a mulher se sentiria inferior em relação às que podem gerar um filho vivo. Freud, referindo-se à forma como o autoconceito está relacionado com a capacidade ou não de amar, afirma que:

o autoconceito parece sempre estar relacionado com o componente narcísico da vida amorosa. A percepção da impotência, da própria incapacidade de amar, seja em consequência de perturbações psíquicas ou perturbações corporais, tem o efeito de rebaixar fortemente o autoconceito. E é aqui que se situa, a meu ver, uma das fontes dos sentimentos de inferioridade... (Freud, 1914/2004, p. 116).

A ferida narcísica por natimorto é sentida em função de vários aspectos. Na infância a mulher descobriu-se com o pênis menor e na idade adulta sem o seu equivalente, o filho. Na relação da mãe com a criança haverá sempre o fato de que a criança representa para ela o falo. A morte do filho é uma ferida narcísica porque implica: na morte da vivência plena de sua feminilidade, via maternidade, ainda que um valor construído socialmente; no impedimento de amar intensa e narcisicamente à sua realidade, o filho; na impossibilidade do reconhecimento social de sua capacidade de gerar uma vida; e no sentimento de humilhação e fracasso.

Para Szejer e Stewart (1997), após o parto a mulher fica descentrada. No caso de pós-parto de natimorto o descentramento é ainda maior. Assim, instala-se no puerpério um luto diferenciado. Para avançar no estudo desta ferida é necessário apresentar noções dos conceitos de luto e melancolia e, posteriormente, investigar se o luto por natimorto difere de outros lutos.

No texto *Luto e Melancolia*, Freud (1917/1996) aponta, nos estados melancólicos, uma identificação do ego com o objeto perdido, levando o sujeito à depreciação, à crítica e à censura – na verdade, dirigidas como forma de vingança ao objeto que foi incorporado. A partir da ideia de melancolia, Freud pode compreender o narcisismo e formular o conceito de identificação, pois é condição à ocorrência desta patologia uma identificação narcísica com o objeto. A ligação narcísica com o objeto faz com que o melancólico não aceite a sua perda e, diante dela o objeto é, então, incorporado ao *eu*, colocado para dentro do corpo pela identificação. O objeto, agora considerado ‘mau’, passa a fazer parte do *eu*. Logo, para atacar o objeto ‘mau’, o melancólico ataca o próprio *eu*, tornando-se autodestrutivo. Em virtude da identificação, ao tentar punir o objeto perdido, pune a si próprio.

2.2 Luto e melancolia

Na tentativa de fundamentar a teoria psicanalítica, Freud dedicou-se a escrever uma série de artigos teóricos à qual denominou metapsicologia. Em reação ao que se denominava psicologia, Freud cunhou um termo de origem grega que significa para além (meta) da psicologia e da psicopatologia de sua época. A metapsicologia freudiana é um conjunto de textos composto por *As pulsões e seus destinos* (1915), *Luto e melancolia* (1917), *O Recalque* (1915), *O Inconsciente* (1915) e *Suplemento*

metapsicológico à teoria dos sonhos (1917). Além dos artigos eleitos por Freud como metapsicológicos é possível incluir nesta categoria *Sobre o Narcisismo* (1914) e *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926). Destaco que há divergências entre os estudiosos da psicanálise quanto à forma de agrupar os textos metapsicológicos. E o modo escolhido e apresentado neste trabalho é uma das possibilidades de compreensão.

Ao estudar um fenômeno clínico como o sofrimento de uma mãe por óbito fetal de seu filho, deve-se levar em consideração alguns textos metapsicológicos freudianos, em especial *Luto e Melancolia*, de 1917. Freud opta por trabalhar os dois temas em um mesmo texto em função das semelhanças das duas condições e por serem ambos desencadeados por circunstâncias semelhantes (1917/2006). Ao considerar no *Rascunho G* que o afeto que corresponde à melancolia é o luto, Freud (1895/1996) já apontava para a relação entre os dois conceitos.

Para Freud (1917/2006), o luto é a reação à perda de uma pessoa amada. O luto não é uma condição patológica, é um sofrimento legítimo por alguma perda, considerando desnecessária a ocorrência de uma intervenção no período do luto, pois o próprio organismo se readaptará à perda. O teste de realidade é primordial para o trabalho de luto, para que se possa constatar “que após completar o trabalho do luto, o Eu se torna efetivamente livre e volta a funcionar sem inibições” (Freud, 1917/2006, p. 105).

A superação da perda do objeto, no luto, pode ser assim esquematizada: logo após a perda há um hiperinvestimento no objeto perdido; o teste de realidade “exige” a retirada de toda a libido das relações mantidas anteriormente com o objeto perdido, o desinvestimento; e por fim, investimento do *eu*, de forma livre, em outros objetos. Neste processo o sujeito passaria por alguns estágios: dor, desinteresse pelo mundo exterior, incapacidade de escolher um novo objeto amoroso e fixidez da lembrança à pessoa

amada (Freud, 1917/2006). Um estágio coexiste com outro, não há uma nítida separação em etapas.

O processo de luto é um trabalho doloroso de deslocamento da libido, que está fixada. A fixação da libido ao *eu* (regressão da libido) certamente prejudica seu investimento em outros objetos. Renunciar às posições da libido exige esforço e sofrimento, há a necessidade de um rearranjo narcisista. Afinal, como afirma o pai da psicanálise:

Desfazer associações é sempre doloroso. Com isso instala-se um empobrecimento da excitação (no seu depósito livre) – uma hemorragia interna, por assim dizer – que se manifesta nas outras pulsões e funções. Essa retração para dentro atua de forma inibidora, como uma ferida (Freud, 1895/1996, p. 252).

Inicialmente haveria um hiperinvestimento no objeto perdido. Neste processo é quase impossível retirar da memória o objeto perdido, pois o recordar é inerente ao trabalho de luto. A retração da libido para dentro, por hiperinvestimento no objeto perdido, está com a catexia voltada para dentro do enlutado, de modo semelhante à doença, o que resultaria na falta de interesse no mundo exterior. O narcisismo precisaria ser convocado para que ocorra o trabalho de luto.

Ao perder-se alguém ou algo, é esperado que a pessoa passe pelo trabalho de luto. Porém, sob as mesmas circunstâncias de perda, pode surgir a melancolia e não apenas o luto. De acordo com Freud:

A melancolia é, como o luto, uma reação a uma perda real do objeto amado. Mas, além disso, a ela se acrescenta uma condição ausente no luto normal, ou que, quando presente, o transforma em luto patológico: a perda do objeto de amor mostra-se como uma ocasião muito excepcional para que a ambivalência que havia nas relações amorosas agora se manifeste e passe a vigorar. Por isso, também nos casos em que havia uma tendência para uma neurose obsessiva, o conflito da ambivalência inerente às neuroses obsessivas confere ao luto uma forma patológica, obrigando-o a se expressar sob forma de autorrecriminações, e o próprio indivíduo passa a ser culpado da perda do objeto, isto é, de ter desejado tal perda (Freud, 1917/2006, pp. 109-110).

A melancolia apresenta desânimo, falta de interesse no mundo externo, perda da capacidade de amar, diminuição dos sentimentos de autoestima e desejo de autopunição, dentre outros. Há um empobrecimento do *eu* e do amor próprio do sujeito que não sabe, com clareza, o que perdeu com o objeto ausente (Freud, 1917/2006), como parece ocorrer em alguns casos de luto por óbito fetal. Ao afirmar que na melancolia há uma perturbação do amor próprio ausente no luto, Freud posiciona a dimensão narcísica como central.

Entendendo a melancolia numa dimensão narcísica, ela seria resultante de carências do *eu* e de frustrações traumáticas, como neurose narcísica. O melancólico apresenta múltiplas autorrecriações, que na verdade são “dirigidas a um objeto amado, as quais foram retiradas desse objeto e desviadas para o próprio Eu” (Freud, 1917/2006, p. 107). Quando não ocorre o trabalho de luto, de desinvestimento no objeto e deslizamento para outro objeto, o investimento volta-se para o *eu*: “Lá esta libido não foi utilizada para uma função qualquer, e sim para produzir uma *identificação* do Eu com o objeto que tinha sido abandonado” (Freud, 1917/2006, p. 108, grifo do autor). Com esta sombra do objeto sobre o *eu*, “a perda do objeto transformou-se em uma perda de aspectos do Eu, e o conflito entre o Eu e a pessoa amada transformou-se num conflito entre a crítica ao Eu e o Eu modificado pela identificação” (Freud, 1917/2006, p. 108).

O narcisismo está presente na melancolia como identificação narcisista, consequência de uma escolha narcisista de objeto. O objeto perdido não pode ser abandonado e em vez disso surge uma identificação narcisista com ele. No luto o sujeito vai se desligando cada vez mais do objeto perdido à medida que o tempo passa, enquanto que na melancolia, o sujeito se culpa pela morte da pessoa amada, nega a sua morte, sente-se ora possuído pelo morto, ora pela doença que o levou. A identificação

do sujeito com o objeto perdido não acontece – de forma intensa - no luto. Na melancolia o *eu* está tão identificado com o objeto perdido que ele fica impossibilitado permanentemente de fazer o luto do ente querido perdido (Roudinesco & Plon, 1998). A melancolia surge no lugar do luto como reação à perda de um objeto amado.

Freud também relaciona a melancolia com o ódio inconsciente que o indivíduo sente pelo objeto perdido. Nesse sentido, o estado de luto é esperado e normal. Já a melancolia é um estado em que o indivíduo se identifica narcisicamente com o objeto perdido, com profundo sentimento de ódio, ódio este que se volta contra si mesmo. No estado melancólico o *eu* realiza, em função do seu empobrecimento, o movimento de retração da libido para si. Para tornar possível o abandono do objeto o *eu* identifica-se com ele. Haveria uma reprodução do objeto perdido no psiquismo.

A mulher que ainda está identificada com o filho morto que a faz sofrer pode apresentar sentimentos ambivalentes⁸ em relação ao filho amado e odiado. Ao perder o filho, a mãe chora pela morte do filho que ama e ao mesmo tempo odeia o filho que a faz sofrer. Inconscientemente e por identificação com o objeto odiado puniria a si mesma. Como bem expressa Freud (1917/2006): “Assim, a sombra do objeto caiu sobre o Eu” (p. 108). O ataque que o melancólico efetua sobre si mesmo é, na verdade, um ataque ao objeto com o qual está identificado. Na melancolia, a identificação narcísica com o objeto converte-se em uma substituição da carga investida no objeto que se perdeu; em consequência disso, a relação erótica não pode ser abandonada, apesar de a realidade exigir o abandono.

Em suma, Freud considera a melancolia patológica e o luto não, sendo desnecessária a intervenção no luto normal; neste, a pessoa sabe quem ou o que perdeu, enquanto na melancolia não se sabe o que se perdeu com a perda da pessoa amada; no

⁸ Ao estudar a gestação do psiquismo materno, no próximo capítulo, é feita uma breve explanação sobre a ambivalência materna e o processo de identificação da mãe com o filho.

luto o mundo externo torna-se sem sentido e vazio, na melancolia o *eu* se empobrece; no luto, com o tempo há superação da perda objetal, na melancolia não há como superar a perda de algo que não pode ser identificado; a autoestima do melancólico está abalada e ele se sente incapaz e moralmente reprovável, esperando ser rejeitado e punido; no luto o princípio de realidade “exige” o desinvestimento do objeto perdido.

Nos casos de luto por filho natimorto, seria possível distinguir luto de melancolia de forma tão sistematizada? Creio que os dois conceitos estão intensamente amalgamados, o que pode causar confusão e dificuldade para distingui-los. Deste modo, considero que em condição de natimorto pode acontecer um enlutamento melancólico.

2.3 Enlutamento melancólico

Opto por nomear de enlutamento melancólico o luto materno após perda fetal tardia, especialmente em alguns casos de repetição e de caráter prolongado. A melancolia tem, na psicanálise, um caráter conflitante, mas é também estruturante do ser humano. Vale ressaltar que ao utilizar a expressão enlutamento melancólico, não concebo a melancolia como tendo um caráter estruturante do psiquismo, mas como um estado psíquico prolongado que surge, em algumas mulheres, após o natimorto. É muito provável que as mulheres que permanecem no luto por mais tempo tenham, originalmente, uma estrutura melancólica. Todavia, outra pesquisa pode vir a investigar este aspecto do luto por natimorto.

Considero que o luto por natimorto apresenta caráter singular por vários motivos: 1. ao contrário do luto normal, exige intervenção em função do abalo narcísico; 2. falta, na maioria das vezes, o princípio de realidade; 3. há empobrecimento tanto do mundo como do *eu*; 4. ocorre abalo na autoestima com sentimentos de

inferioridade e culpa. E acrescenta-se a tais distinções o fato de este luto singular acontecer durante um período específico na vida de uma mulher que é o puerpério.

O luto invisível por natimorto, ao contrário do luto comum, necessita de intervenção na maioria dos casos, pois em geral o *eu* para tornar-se livre necessita de apoio (reconhecimento social e familiar pelo luto e suporte terapêutico). No grupo do HUB foram atendidas gestantes que ainda estavam com a libido investida na perda anterior. Exemplifico com o caso de uma jovem que engravidou alguns meses após seu primeiro filho natimorto; a gestante gostaria que o bebê atual fosse do mesmo sexo do natimorto, pois daria ao filho que esperava o nome que escolhera para o filho natimorto. Para que a mãe, após filho natimorto, possa enriquecer o seu *eu*, ela precisaria retirar a libido deste filho saudoso e investi-la em outros objetos. Uma intervenção terapêutica pode vir a favorecer o desinvestimento da libido no filho morto e investimento na gestação atual.

A segunda distinção é a falta do princípio de realidade em certos casos, que obstrui o trabalho de luto. Como apresentado anteriormente, várias mulheres contaram que foram privadas de ver o bebê morto, velá-lo em um funeral, dar-lhe um nome. A mãe, não-mãe, depara-se com as roupinhas do bebê, seu berço vazio e seus seios prontos para amamentar o filho que não está lá. Utilizando uma expressão winnicottiana, falta o bebê para que a mãe possa adaptar-se às necessidades dele, nesta situação, adaptar-se à morte, à falta, dele.

Em terceiro lugar, no luto por natimorto, como em outros lutos, o mundo torna-se sem sentido, vazio e pobre e, como na melancolia, o *eu* se empobrece. Para Freud, “unicamente por meio da retirada e do retorno da libido que estava investida nos objetos é possível reenriquecer novamente o Eu” (Freud, 1914/2004, p. 117). Ser amado, ser correspondido ou ter a posse do objeto amado elevaria novamente o autoconceito. Após

o nascimento do filho morto, a mulher estaria privada do objeto amado, de amar seu filho, de protegê-lo, de vesti-lo, de alimentá-lo. Sem um bebê para amar a mulher está em perigo.

O quarto aspecto que distinguiria um luto do outro seria o abalo na autoestima com sentimentos de inferioridade e culpa. Ao perceber-se sem filho, sem aquele que seria o objeto do seu amor, a mãe enlutada apresentaria sentimento de inferioridade em relação a outras mães. Como discutido anteriormente, seguindo o pensamento freudiano de que o filho equivale ao falo, a mulher se sentiria ferida em seu narcisismo. Nos atendimentos ao grupo do HUB pôde-se identificar no discurso e no silêncio das participantes (vergonha de falar de suas perdas fetais anteriores em público) que há um abalo na autoestima, por não serem capazes de gerar um filho vivo. No luto comum, pela morte de um pai, por exemplo, o abalo à autoestima do enlutado não chegaria a promover uma ferida narcísica.

De outro modo o luto pela morte de um filho ainda no ventre, morte de parte de si, traz consigo um profundo abalo ao narcisismo. Tal afirmativa fundamenta-se também na revisão de literatura, pois as pesquisas relatam sentimentos de fracasso, incompetência, vergonha, tristeza duradoura, medo, solidão, abandono, sentimento de culpa, insegurança, impotência, incapacidade e descrença em relação ao futuro (Duarte, 2008; Freire & Chatelard, 2009; Goulart et al., 2005).

Em muitos casos a mulher se sente culpada por não ter podido gerar um filho vivo. Houve, no grupo em estudo, relato de gestantes que não gostariam de estar grávidas novamente, após ocorrência do natimorto. Uma delas disse: “Eu não queria estar grávida novamente... não trago alegria pra minha família, só (trago) tristeza... eu só faço filho morto... eu sei que este também vai morrer”. A fala citada é de uma mulher que já teve filho natimorto e não possui filhos vivos. Ela se culparia por ter desejado a

morte do filho anterior e deste que, segundo ela, também morrerá. Algumas mulheres que tiveram natimorto vivenciaram no pós-parto uma tristeza que permanece ao longo dos anos. De alguma forma, traços melancólicos instalaram-se com o luto e a ferida narcísica.

Considero ainda que dois processos psíquicos podem dificultar a elaboração do luto por natimorto. Primeiro, o fato de haver perda do objeto interno - parte de si - e da impossibilidade de ser mãe. O outro aspecto que se pode destacar seria que o trabalho de luto pode ser obstruído quando a mulher está ferida narcisicamente. Ou seja, o luto por filho natimorto apresentaria maior dificuldade em convocar o narcisismo, que está ferido, para retirar a fixidez da lembrança do filho natimorto.

Em um trabalho de luto por morte de um pai, por exemplo, o filho sabe o que perdeu. Uma mãe que nunca amamentou o filho, não o tocou, perdeu a possibilidade da maternidade que ainda não vivenciou efetivamente, não perdeu algo que já viveu, perdeu um futuro possível, tudo que a maternidade lhe proporcionaria. O luto é também pela morte da mãe em potencial, que alcançaria sua condição de mãe junto ao grupo de que faz parte, o status de mãe. Destaco que nem toda mulher que teve um filho natimorto apresenta um luto melancólico.

2.4 Puerpério após natimorto

A todo este contexto agrega-se o fato de a mulher, nos primeiros meses do luto, estar em um momento singular, o puerpério. Nos dias após o parto, a mulher está sobrecarregada de sentimentos intensos e variados, além da necessidade de recuperação pelo esforço realizado no parto. Segundo Maldonado (1985), o puerpério caracteriza-se por intensa labilidade emocional. A mulher sente-se debilitada e confusa, podendo

ocorrer um quadro depressivo nas primeiras semanas e até meses após o parto. De acordo com esta autora, os transtornos depressivos puerperais determinam-se mais pela interação que por uma patologia preexistente da mulher.

Todavia, estudos vêm mostrando uma forte correlação entre história prévia de transtornos afetivos, antes ou durante a gravidez, e depressão pós-parto (Gotlib, Whiffen, Wallace, & Mount, 1991). A pesquisa realizada por esses autores, com 730 mulheres, aponta 60% de incidência de depressão pós-parto entre mulheres que se submeteram a tratamentos prévios para algum transtorno afetivo, em oposição a 3% entre mulheres sem história de transtorno afetivo. Estudos recentes revelam que transtornos psiquiátricos subdiagnosticados e não tratados em grávidas podem levar a sérias consequências materno-fetais, inclusive no trabalho de parto (Camacho, Cantinelli, Ribeiro, Cantilino, et al., 2006; Schmidt, Piccoloto, & Muller, 2005). Outra correlação já estudada é a de que a presença de ansiedade ou depressão na gestação estaria associada a sintomas depressivos no puerpério (Bloch, Rotenberg, Koren et al, 2005, citados por Camacho et al., 2006).

No caminho trilhado pela psiquiatria, a depressão é consequência de alterações bioquímicas, classificada pela Décima Classificação Internacional das Doenças (CID-10). A depressão pós-parto é definida na CID-10 como transtornos mentais associados ao puerpério, desencadeados em função da sensibilidade psíquica do pós-parto e são classificados como Síndrome da Tristeza Pós-Parto, Depressão Puerperal e Psicose Puerperal.

A Síndrome da Tristeza Pós-Parto, ou “baby blues”, diferentemente da depressão pós-parto, manifesta-se por um curto período de tempo (por algumas horas ou dias) e apresenta remissão espontânea, sendo mais comum entre as primíparas (Souza, Burtet, & Busnello, 1997). O “baby blues” é, segundo Szejer e Stewart (1997), um

estado depressivo benigno e transitório que pode manifestar-se como uma leve depressão. Relaciona-se à percepção da mãe de que o bebê é um outro, e que começa a ocupar seu lugar específico e que ela não seria capaz de ser uma boa mãe para este filho.

A depressão pós-parto apresenta as mesmas características da depressão maior. A mulher sente grande tristeza de caráter prolongado, com perda de autoestima e falta de motivação para a vida. A depressão pós-parto afeta de 10% a 15% das puérperas e geralmente se inicia entre a quarta e oitava semana do pós-parto, podendo durar mais de um ano (Schmidt, Piccoloto, & Muller, 2005).

Em casos extremos, como na psicose puerperal, a mulher pode apresentar tendência ao abandono do recém-nascido e até mesmo seu extermínio (Serrurier, 1993). A psicose puerperal é um distúrbio com maior frequência em mulheres com antecedentes de doença mental, e em primíparas. As psicoses puerperais manifestam-se através de sintomas intensos, incluindo pensamentos delirantes a respeito do bebê, relacionados a um risco significativamente aumentado de danos. O infanticídio está associado a episódios psicóticos no pós-parto, com alucinações de comando ou delírios de possessão envolvendo o bebê, exigindo tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização (Schmidt, Piccoloto, & Muller, 2005).

A psicanálise aborda a depressão articulando o sintoma a uma rede de significações que dão sentido a essa experiência emocional em detrimento de uma causalidade linear. Esta abordagem vincula a origem da depressão à história do desenvolvimento psíquico de cada pessoa, desde as primeiras relações (Folino, 2008). O conceito de depressão, como é conhecido e detalhado nos dias de hoje, não existia à época da construção da teoria freudiana. Freud propõe que os fenômenos depressivos são próprios da existência humana. Ele define a depressão como reação à perda de objeto (Freud, 1926/1996).

Winnicott apresenta outro entendimento da depressão. Jam Abram (2000), estudioso da linguagem de Winnicott, postula a compreensão de Winnicott sobre a depressão como uma capacidade saudável, um desenvolvimento natural dos processos maturacionais. Considerando a depressão como uma condição comum a todos os seres humanos, este autor conclui que “são as pessoas realmente valiosas deste mundo que se deprimem” (Winnicott, 1958/2005, p. 76).

Uma vez que a depressão apresenta inúmeras variáveis, deveria ser estudada na complexidade de seus significados. A mulher, no puerpério, estaria mais vulnerável que em outros períodos de sua vida. Em situação de natimorto a mulher vivencia o luto no puerpério.

Neste capítulo, argumento que ter um filho morto no ventre, vivenciar o trabalho de parto para dar à luz um filho morto e conviver com sua falta é um processo singular de luto. No momento em que nasceria uma mãe ocorre a sua morte, o que geraria um enlutamento melancólico. Todavia, este princípio não pode ser generalizado a todas as mulheres que têm filhos natimortos. Nem todas as mulheres permanecem na tristeza, investindo no filho que morreu por muito tempo. Algumas são capazes de tratar esta ferida narcísica, contam com a solidariedade da família e retomam sua vida investindo em novos objetos.

Antes de estudar o investimento desta mulher ferida narcisicamente em uma nova gestação, cabe discutir acerca do período gestacional. Mais especificamente, investigarei no próximo capítulo como o psiquismo materno é construído (gestado). Para isso, utilizarei como guia alguns conceitos winnicottianos e freudianos.

CAPÍTULO 3

GESTAÇÃO DO PSIQUISMO MATERNO⁹

O essencial constitui o mais simples de todas as experiências
Winnicott (1966/1994)

3.1 Gestação do psiquismo materno

Toda mulher passa por transformações para tornar-se mãe, pois a menina não nasce pronta para ser mãe e uma mulher não se torna mãe ao engravidar ou ao ver o seu bebê. Da mesma forma que um bebê necessita de um tempo para se constituir física e psiquicamente, a mulher precisa ser gestada psiquicamente, para tornar-se mãe. Pois o psiquismo da mulher passa por transformações diante da vivência da gestação. Esperar um bebê é aguardar ativamente a maternidade, que se concretizará no nascimento do filho e da mãe.

O nascimento de uma mãe é um momento muito importante na vida da mulher, que começa a esperar pelo bebê antes mesmo de sua concepção. A construção do espaço psíquico materno, durante a gravidez, corresponde ao que optei por chamar de gestação de uma mãe. Neste capítulo fundamento-me em Winnicott e Freud, e paralelamente conto com os estudos de autores secundários como Lebovici e psicanalistas de linhas diversas, como Miriam Szejer, Regina Orth Aragão e Soifer. A escolha da teoria

⁹ Após dar este título ao capítulo, descobri que F. Tustin (1975), em seu livro *Autismo e psicose infantil*, também utiliza a expressão “gestação psíquica”, no sentido de construção do psiquismo materno.

winnicottiana para este capítulo justifica-se pela relevância que Winnicott atribui ao ambiente, pois considero o ambiente no qual a gestante está inserida uma forte influência na construção do psiquismo materno.

A pré-história da criança é o período que antecede seu nascimento, no qual o inconsciente se constitui a partir da história singular que precede a criança e dentro da qual ela se inscreverá (Szejer, 2002). Quando o bebê é concebido no ventre materno, ele já está desenvolvido no psiquismo de sua mãe, há muito tempo, como o bebê do inconsciente materno, o *bebê fantasmático*. O bebê do sonho da mãe seria o *bebê imaginário*, que surge do encontro com o pai deste filho; é o bebê do desejo de ter filhos, da expectativa durante a gestação. O *bebê real* é o bebê que os pais têm nos braços, que levam para casa (Lebovici, 1987). O bebê da fantasmática parental, tecido pelo desejo e pelo imaginário dos pais, determinará a existência do bebê real. Um bebê se constitui enquanto tal por meio do desejo, da imaginação de seus pais, das marcas que o outro imprime em seu corpo e em seu psiquismo (Szejer, 2002). Destaco que tais marcas podem ser tanto positivas quanto negativas.

Segundo Lebovici (1987), renomado psicanalista e professor francês contemporâneo, a diferença entre o bebê imaginário e o bebê real permite a compreensão da angústia inicial e da ambivalência da parturiente, o que explicaria por que a primípara apresenta uma fase de angústia para se adequar às exigências do bebê real. Esta fase pode ser semelhante a um estado depressivo menor, intensificado ou não pelas condições da gestação, aceitação ou recusa do bebê.

Miriam Szejer (1999, 2002), psicanalista laciana, estudiosa do psiquismo materno e da relação mãe-bebê, enfatiza a transgeracionalidade reconhecendo a importância da transmissão transgeracional, da história passada do casal e suas incidências no psiquismo materno durante o período gestacional. Para que “um filho

nasça é preciso que dois desejos se articulem para dar origem a um terceiro desejo de vida que virá a se encarnar no corpo do filho” (Szejer & Stewart, 1997, p. 78). O romance familiar determina o que cada mulher idealiza, ou não, a respeito de ter um filho ou do filho específico que pretende ter. Os "ditos" e "não ditos" que precedem não só o nascimento, mas também a concepção do bebê são elementos que viabilizam a estruturação psíquica do filho vindouro (Stern, 1997; Szejer, 1999; Szejer & Stewart, 1997). Em suma, a transmissão da herança familiar influencia a construção do bebê fantasmático, do bebê imaginário e, por fim, o encontro com o bebê real.

A história familiar gera expectativas na mãe e pode repercutir tanto positiva quanto negativamente na maternidade. Os aspectos positivos envolvem a necessidade de que o bebê seja investido de desejos e fantasias por parte da mãe para existir como ser humano (Szejer & Stewart, 1997; Szejer, 1999). As repercussões seriam negativas quando não há espaço para o bebê assumir sua própria identidade, isto é, quando a mãe não consegue aceitar a singularidade de seu filho e abandonar sua carga de projeções (Szejer & Stewart, 1997), não podendo investir, de forma livre, no bebê desde a gestação.

Há ainda as grávidas que atribuem ao bebê somente expectativas de insucesso e de morte, o que geralmente se revela por meio de verbalizações, sensações e intensas preocupações. Muitas das gestantes do grupo no HUB, que vivenciaram natimorto no passado, traziam para as novas gestações expectativas de morte, como o exemplo citado no capítulo anterior em que a mãe diz saber que o filho que espera morrerá, como seus outros filhos natimortos. Nessas situações, a mãe não consegue libertar-se de suas vivências negativas e a relação mãe-bebê fica comprometida (Raphael-Leff, 1991).

Após a confirmação da gravidez é que a mulher passa a se preparar psicologicamente, de forma mais efetiva, consciente, para a maternidade. A gravidez é um

tema amplamente investigado. Em geral, seus estudiosos dividem a gestação em várias etapas, prevalecendo o ponto de vista da medicina. Mas há teóricos que analisam a gestação relacionando-a ao psiquismo materno como Soifer (1980), Winnicott (1956/1993, 1966/1994), Aragão (2004), Bydlowski (2007) e Szejer (2002).

Soifer (1980) em seu livro *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* faz, a partir de um referencial kleiniano, um levantamento detalhado das fantasias inconscientes e das ansiedades em cada fase da gravidez e do puerpério. A premissa desta autora é que o motor gerador de ansiedade e fantasia é a percepção inconsciente dos processos orgânicos. Haveria uma relação circular entre os processos psíquicos e os orgânicos em que a percepção da mãe, sobre o seu corpo, geraria ansiedades que levariam a novos processos somáticos como hipertensão, aborto espontâneo, partos prematuros, agalaxia, dentre outros.

As diversas fases, consideradas por essa psicanalista como típicas do período gestacional, são agrupadas didaticamente em sete tempos, observando os acessos de ansiedade: início da gestação; durante a formação da placenta; ante a percepção dos movimentos fetais; pela instalação franca dos movimentos; pela versão interna (posicionar-se de cabeça para baixo); início do nono mês; e últimos dias antes do parto. Em tais fases a mulher é passível de vivenciar momentos críticos, que “podem durar dias ou semanas e chegar a produzir sintomatologia física própria, ou inclusive provocar aborto ou parto prematuro” (Soifer, 1980, p. 21).

Neste estudo não me detenho nas fases da gestação, apresento o processo gestacional como um todo, com ênfase na construção do psiquismo materno. Durante a gestação, aos poucos, o corpo da mulher sofre alterações e paralelamente ocorrem transformações no seu psiquismo (Aragão, 2004; Bydlowski, 2007; Soifer, 1980; Szejer, 2002; Szejer & Stewart, 1997; Winnicott, 1960/1983). Conforme a gestação se

desenvolve, a mulher, especialmente a primípara, vai aos poucos construindo e acolhendo no seu imaginário a possibilidade da maternidade. Neste tempo a gestante estaria, progressivamente, desinvestindo do mundo externo e investindo na gravidez.

A partir dos conceitos de estranho e familiar em Freud (1919/1996), a psicanalista e estudiosa da maternidade Regina Orth Aragão (2007) argumenta, em sua dissertação, que a mãe transforma, durante a gestação, o estrangeiro em familiar, “atribuindo-lhe características por meio dos efeitos de projeção e idealização por meio de sua própria história infantil” (p. 36), e, ao mesmo, tempo ela se constitui psiquicamente como mãe. Toda relação de objeto é atravessada pelo ódio, na medida em que o outro representa uma invasão do espaço narcísico de cada um (Freud, 1914/1996). Há uma intrusão do outro no campo subjetivo materno com o surgimento de um espaço psíquico para o bebê, espaço essencial para o seu advir como sujeito (Aragão, 2007).

A invasão do outro no espaço psíquico de uma pessoa gera ambivalências, visto que na gestação a invasão também é literal. Ambivalência é um conceito que designa ações e sentimentos que resultam de um conflito defensivo inconsciente, no qual entram em jogo motivações incompatíveis, o que é agradável para um sistema é desagradável para outro. A ambivalência ocorre na presença simultânea de sentimentos antagônicos na relação com o mesmo objeto, como o amor e o ódio (Laplanche & Pontalis, 1985), assim como faz parte do desejo inconsciente (Szejer & Stewart, 1997) de ter filhos, de engravidar ou não, de permanecer grávida ou abortar.

Cabe destacar a relevância da ambivalência no processo gestacional, do ponto de vista da saúde psíquica da mulher. Winnicott (1958/1983), ao estudar o sentimento de culpa, considera que “a ambivalência e a tolerância dela pelo indivíduo implicam considerável grau de crescimento e normalidade” (p. 24). O que se aplica ao contexto

gestacional, a tolerância ou aceitação da ambivalência neste período seria um caminho para o estabelecimento do espaço psíquico materno. Durante a gestação a mulher oscila entre amar e incomodar-se com a gestação e o filho. No período de atendimento às gestantes no HUB, houve caso de mães serem acompanhadas durante vários meses de sua gestação. Havia dias em que algumas diziam odiar estar grávida, porque a barriga atrapalhava sua vida, que se sentiam horríveis, ou afirmavam que era muita responsabilidade levar um filho no ventre. Em outro encontro, ou instantes depois, a mesma mãe declarava-se ansiosa por ver o rosto de seu bebê ou sentia-se bonita.

A ambivalência pode ser entendida como inerente ao processo de gestação da maternidade e sua tolerância como uma oportunidade de crescimento e aceitação do filho. Um ambiente de *holding*, de acolhimento da ambivalência, semelhante ao que oferecíamos no HUB, favoreceria a transformação deste bebê, intruso, em familiar.

O psiquismo da grávida nem sempre foi um tema de estudos psicanalíticos. Apenas nas últimas décadas a vida psíquica da gestante tornou-se objeto de estudo dos psicanalistas (Bydlowski, 2007). Um dos primeiros a escrever sobre o estado psíquico da mulher durante a gestação e após o parto foi o inglês Donald Winnicott.

3.2 Preocupação materna primária

Winnicott, pediatra, psiquiatra infantil e psicanalista, dedicou mais de quatro décadas de sua vida atendendo crianças e observando a relação mãe-bebê. O trabalho de Winnicott deriva da metapsicologia freudiana e das ideias de Melanie Klein. Apesar de a teoria kleiniana não ser apresentada nesta pesquisa, ressalto a grande contribuição de Melanie Klein para a psicanálise, especialmente no que tange à relevância dos estados primitivos do desenvolvimento psíquico.

Enquanto a psicanálise freudiana pensa a etiologia dos distúrbios psíquicos em termos de conflitos intrapsíquicos, Winnicott entende, de forma inovadora, que a origem dos problemas psíquicos também está no ambiente. Ou seja, sua teoria considera o ambiente sem perder o que fora ganho, com Freud, com o estudo dos fatores internos. Para isso fez-se necessário abandonar o paradigma edípico, baseado no papel estruturante do complexo de Édipo e na teoria da sexualidade concebida como a teoria-guia da psicanálise.

Deste modo, Winnicott dá continuidade e amplia o pensamento freudiano sobre a mulher, ao transformar o papel da mãe freudiana que proíbe e frustra em uma mãe que se adapta ativamente às necessidades do bebê – da mãe castradora à cuidadora. Outro importante acréscimo de Winnicott à psicanálise é a transposição de uma teoria freudiana que prioriza o desejo sexual a uma que valoriza o cuidado emocional, especialmente o materno, na constituição do psiquismo do ser humano (Green, 2003).

No que tange à condição psiquiátrica pela qual a mulher passa na gestação e no puerpério, Winnicott (1956/1993) afirma que, quer seja na literatura psicanalítica, quer seja em qualquer outra, esta condição da mulher não era considerada em sua singularidade. Nos seus muitos escritos sobre os bebês e suas mães ele desenvolve vários conceitos que considero essenciais ao estudo da construção do psiquismo materno e posterior compreensão do conceito de transparência psíquica que desenvolverei no próximo capítulo. Dentre os muitos conceitos winnicottianos que cito a seguir, resalto o de preocupação materna primária.

Para este psicanalista, maternagem é a forma de uma mãe cuidar de seu bebê de maneira boa e protetora. Seria os bons cuidados, que incluem o amparo às necessidades fisiológicas e todo investimento de desejo e amor. Na maternagem a mãe transmite ao

seu bebê limites e proteção, dando-lhe possibilidades de sobrevivência com o mínimo possível de desconforto frente ao ambiente fora do útero (Winnicott, 1971/1975).

A expressão *mãe suficientemente boa*, criada por Winnicott, define a mãe comum que não usa de artifícios, que age natural e intuitivamente na relação com o seu bebê; ela é coerente, segura e previsível (Winnicott, 1971/1975). Desde a gestação, a mulher se prepara para ser mãe de uma forma natural. Pode-se compreender a palavra natural, aplicada a este contexto, “não no sentido de uma programação biológica ou instintiva, mas um fenômeno que ocorre por si só. Isto é, que ocorre espontaneamente, em função da capacidade psíquica adquirida pela gestante em seu desenvolvimento normal” (Costa, 2006, p. 58). Essa maneira natural, intuitiva, não pode ser apreendida ou ensinada, apenas ela sabe como o filho se sente, nem o médico pode desenvolver tal habilidade (Winnicott, 1967).

A progenitora que materna seu filho é a mãe suficientemente boa, uma mãe que se adapta às necessidades do recém-nascido, nem de mais, nem de menos, o suficiente, mas não muito. Esta mãe responde à onipotência do bebê e de certo modo lhe dá sentido; com o passar do tempo ela se adapta cada vez menos, gradualmente, “segundo a crescente capacidade do bebê em lidar com o fracasso dela” (Winnicott, 1971/1975, p. 25).

Ao apresentar a relação inicial de uma mãe com o seu bebê, Winnicott (1967) considera como ideal que a mulher sinta-se amparada e cuidada, em função de ela estar extremamente vulnerável na gestação e no puerpério:

Por lo común se forma una especie de círculo de protección en torno de la madre, organizado quizás por su compañero. Estos fenómenos secundarios pueden aparecer naturalmente en torno de un embarazo, lo mismo que el estado especial de la madre parece rodear al niño. Solo cuando estas fuerzas protectoras naturales de protección

dejan de funcionar, podemos percibir hasta qué punto es vulnerable la madre¹⁰ (Winnicott, 1967, pp. 30-31).

Ao destacar a relevância de um ambiente de cuidado para a mulher grávida e no puerpério, este autor abre um importante campo de atuação para o psicanalista e outros profissionais da saúde, em um sentido profilático, que assegure a continuidade do ambiente suficientemente bom. Da mesma forma que a mãe proporciona um ambiente saudável para seu filho ela deveria ser amparada. Este amparo pode ser por meio do cuidado do companheiro, dos pais, dos amigos, da equipe médica ou de uma escuta terapêutica.

A mãe que não atende às necessidades do bebê seria a *insuficientemente boa*. A maternagem insuficientemente boa acontece quando a mãe falha, não oferecendo os cuidados necessários, que facilitariam o desenvolvimento do seu bebê. Winnicott (1966/1994) aponta que uma mãe pode não ser bem-sucedida com uma criança e ser com outra. Cada filho é único e cada mulher é uma mãe diferente para cada filho.

A forma de a *mãe suficientemente boa* desempenhar sua função é agrupada por Winnicott (1956/1993; 1967) em três categorias, *holding*, *handling* e *objectpresenting*. Sustentação (*holding*) é a possibilidade de sustentar o bebê, inclui deixá-lo em alguns momentos para que ele possa fazer suas próprias experiências. A maneira intuitiva como o bebê é sustentado no colo pela sua mãe é, ao mesmo tempo, uma experiência física e simbólica, que expressa a firmeza com que é amado e desejado como filho. O ambiente de *holding* permite que a criança faça a transição, no seu próprio ritmo, para uma posição mais autônoma.

¹⁰ Normalmente se forma uma espécie de círculo de proteção em torno da mãe, talvez organizado por seu esposo. Estes fenômenos secundários podem aparecer naturalmente em volta de uma gravidez, assim como o estado especial da mãe parece rodear/em torno do filho. Só quando estas forças protetoras naturais de proteção deixam de funcionar, podemos perceber até que ponto a mãe é vulnerável.

Manejo (*handling*) é o modo especial como a mãe manipula o seu bebê e este manipula a mãe, é a experiência de entrar em contato com as diversas partes do corpo através das mãos cuidadosas da mãe. É a maneira como o bebê é tratado, cuidado, manipulado. A terceira função é a apresentação dos objetos (*objectpresenting*), que corresponde à disponibilidade da mãe para as demandas de seu bebê, quando e como ele necessitar. A mãe começa a mostrar-se substituível e a propiciar ao seu bebê o encontro e a criação de novos objetos que serão mais adequados ao seu atual estado de desenvolvimento (Winnicott, 1956/1993, 1967).

Tais funções maternas ocorrem naturalmente como resultado do que Winnicott (1956/1993; 1966/1994) nomeou, com originalidade, de preocupação materna primária, um estado que surge ao final da gravidez para assegurar ao bebê a satisfação de suas necessidades. A conceituação de preocupação materna primária nasce da ideia de *mãe dedicada comum*, surgida desde 1949 e apresentada no livro *Os bebês e suas mães*, de 1966. A dedicação comum é uma experiência simples e espontânea, pois a mãe sabe que “o essencial constitui a mais simples de todas as experiências” (Winnicott, 1966/1994, p. 5), com uma disponibilidade total a mulher desenvolve esta preocupação no período gestacional. Ao usar a palavra preocupação, Winnicott (1963/1983) quer indicar que a mulher se importa, que aceita a responsabilidade pelo filho que gerou.

Desde a gestação a mulher vivencia um estado de sensibilidade aumentada de crescente interesse no bebê que continua após o nascimento. Preocupação materna primária designa a ligação da mãe de forma mais sensível ao bebê, adaptando-se às necessidades do recém-nascido. Este vínculo é descrito como um estado psiquiátrico em que gradualmente passa a ser o de uma sensibilidade maior desde a gravidez, especialmente no final, a “loucura normal” da mãe. Sua duração é de algumas semanas

que precedem o parto até semanas após o nascimento do bebê, não sendo facilmente lembrada após a recuperação da mãe, tendendo a ser reprimida. (Winnicott, 1956/1993).

O estado organizado de preocupação materna primária seria considerado uma doença, se não fosse pela singularidade da gestação e do pós-parto: “poderia ser comparado a um estado retraído ou a um estado dissociado ou uma fuga, ou mesmo a uma perturbação a um nível mais profundo” (Winnicott, 1956/1993, p. 494). A expressão preocupação materna primária diz respeito ao que seria considerado patológico em outras circunstâncias. A mulher desenvolve este estado de preocupação e se recupera dele quando o bebê não necessita mais de tantos cuidados. Em outras palavras, a gravidez e o puerpério são um tempo de hiperinvestimento no bebê, porém aos poucos a mãe vai desinvestindo do bebê e investindo em outros objetos (Winnicott, 1966/1994).

É importante destacar que o desenvolvimento de um ser humano “depende de um ambiente suficientemente bom, e quanto mais para trás se vai no estudo do bebê, tanto mais isso é verdade, que sem maternagem suficientemente boa os estágios iniciais do desenvolvimento não podem ter lugar” (Winnicott, 1963/1983, p. 71). Esta afirmação leva a considerar que uma mãe que não teve um ambiente suficientemente bom, pode apresentar dificuldades em desenvolver o estado de preocupação materna primária, de adaptação e posterior desinvestimento no filho.

O desinvestimento de um filho natimorto parece ser mais complexo, pois há uma quebra das expectativas do ritmo natural da vida – após o parto o bebê não está lá para a adaptação da mãe. Acompanho a ideia de Winnicott (1956/1993) de que “se o bebê morre, o estado materno surge repentinamente como uma doença” (p. 494). A mulher passa cerca de nove meses investindo no filho e de repente ele nasce morto e ela fica

sem o filho para adaptar-se a ele. Ao que Winnicott considera doença eu nomeei, no capítulo anterior, de enlutamento melancólico.

A preocupação materna primária nasce da identificação da mãe com o seu bebê, por meio de suas lembranças inconscientes do bebê que ela fora. A construção deste conceito origina-se dos conceitos de identificação e regressão, em Freud, que Winnicott inovou aplicando-os ao contexto da gestação e do pós-parto. Preocupação materna primária, identificação e regressão são três pilares na construção do conceito de transparência psíquica, que apresentarei no próximo capítulo. A seguir, exponho noções dos fenômenos de identificação e regressão, circunscritos à gestação e ao pós-parto.

3.3 O processo de identificação na gestação do psiquismo materno

Em psicanálise, identificação é um termo utilizado no sentido de identificar-se com. Freud (1921/1996) postula a identificação como a forma mais primitiva de laço amoroso entre os seres humanos. Este conceito tem papel fundamental na construção do *eu*, uma vez que este contém a história de suas escolhas de objeto, dos investimentos que fez com os quais se identificou. De acordo com Laplanche e Pontalis (1985), a personalidade constitui-se por uma série de identificações. Sendo o *eu* formado por identificações e se as primeiras delas ocorrem nas relações iniciais as ideias de filiação, maternidade e identificação são primordiais neste estudo.

A identificação é abordada por Freud (1914/1996) no texto sobre o narcisismo para se referir à escolha de objeto do tipo anaclítico, em que o sujeito faz sua escolha tomando como modelo, em função da identificação, o modelo parental. Neste caso, escolhe como objeto amoroso figurativamente “a mulher que alimenta” ou “o homem que protege”, como substitutos ou derivados dos pais. No mesmo texto, Freud afirma

que para manter o narcisismo, a criança em seu percurso de desenvolvimento constitui para si um ideal do eu, cujo modelo lhe é fornecido pelas pessoas que lhe são afetivamente significativas. Apesar de Freud não se referir diretamente ao conceito de identificação, a ideia encontra-se implícita neste texto, quando descreve a formação do ideal do *eu*.

Como apresentado anteriormente, o bebê ao nascer é investido narcisicamente por seus pais, que o colocam como figura central: *Sua Majestade o Bebê* (1914/1996). Forma-se, assim, o *eu* ideal do bebê nesta primeira identificação com a imagem que lhe é fornecida por seus pais. Ao identificar-se com a representação de perfeição idealizada dos pais, o bebê nada precisa fazer para ser amado. À medida que vai crescendo, vê-se perturbado pelas correções e repreensões daqueles a quem ama, bem como começa a avaliar-se. Não podendo reter a perfeição narcísica de antes, ele constrói para si um ideal de *eu*, aquele que vai buscar ser para ser amado e preservar o seu narcisismo. Esse ideal de *eu* inicialmente é composto a partir de suas identificações com o desejo de seus pais em relação a ele. Freud (1914/1996) relaciona a escolha narcísica de objeto à identificação. A escolha objetal tem regredido até a identificação, assim a escolha está voltada para a identificação com o objeto (Freud, 1921/1996).

Ao longo da construção do psiquismo materno coexistem dois processos identificatórios: identificação da mulher (grávida ou puérpera) com o seu bebê e com sua própria mãe. Segundo Winnicott (1967), quando uma mãe está sendo gestada, ela “revive” angústias primitivas que a colocam em contato com o bebê que ela foi.

Observamos en la mujer embarazada una creciente identificación con el niño, a quien ella asocia con la imagen de un “objeto interno”, un objeto que la madre imagina se ha

establecido dentro de su cuerpo y que pertenece allí a pesar de todos los elementos adversos que existen también en ese ámbito ¹¹ (Winnicott, 1967, p. 29).

Em geral, as mães se identificam com o bebê que está crescendo dentro delas (Winnicott, 1960/1983). A identificação com o bebê possibilita à mãe ir ao encontro das necessidades do recém-nascido, de forma única, saudável, que não pode ser imitada ou aprendida. No texto *Objetos transicionais e fenômenos transicionais*, Winnicott (1971/1975) considera que a própria mãe é a pessoa mais habilitada para cuidar do bebê de forma *suficientemente boa*. Pois, apenas ela pode atingir a preocupação materna primária sem adoecer (Winnicott, 1956/1993). A capacidade que a mãe tem de despojar-se dos interesses pessoais e concentrar-se na gravidez e no bebê é o que a capacita a saber exatamente com se sente o filho (Winnicott, 1967).

Winnicott (1956/1993) assegura que esta identificação consciente e inconsciente que a mãe faz com o filho é algo corriqueiro, afinal a mãe tem “lembranças” do tempo em que ela foi bebê e cuidada. Este processo só é possível porque a mulher é capaz de regredir e resgatar, inconscientemente, aspectos do bebê que ela fora. Assim, pode-se destacar que uma característica peculiar da teoria winnicottiana é focar na saúde e não na doença, com o uso de uma linguagem despatologizante. Para este psicanalista:

A mãe de um bebê torna-se biologicamente condicionada para sua tarefa, que consiste em estar especialmente orientada para as necessidades de seu filho. Em linguagem mais comum, acredita-se que exista uma identificação consciente, mas também inconsciente, que a mãe faz com o seu bebê (Winnicott, 1956/1993, p. 492).

Da identificação surge um sentimento de unidade entre mãe e filho. No período entre o final da gravidez e os primeiros meses após o nascimento, a mãe é o bebê e o bebê é a mãe (Winnicott, 1966/1994). A identificação, neste contexto, é um processo

¹¹ Pode-se observar na mulher grávida uma crescente identificação com o filho, o qual ela associa com a imagem de um “objeto interno”, um objeto que a mãe imagina que tenha se estabelecido dentro de seu corpo e que pertence a ela, apesar de todos os elementos adversos que existem também nesse âmbito.

psicológico através do qual a mãe assimila aspectos do bebê e se transforma de acordo com o que ela percebe desse bebê. Afinal, “a mãe tem um tipo de identificação extremamente sofisticada com o bebê, na qual ela se sente identificada com ele”. (Winnicott, 1966/1994, p. 9). Assim, o *eu* da mãe estaria sincronizado com o *eu* do filho e ela pode apoiá-lo (Winnicott, 1967).

Mas nem sempre a identificação da mãe com o seu bebê acontece de forma harmoniosa. Segundo Winnicott (1967), há duas classes opostas de transtornos maternos que podem afetar esta situação. De um lado, as mães que são incapazes de desenvolver a preocupação materna primária; de outro, as que não conseguem sair de forma natural deste estado de preocupação. As duas formas caracterizam as mães insuficientemente boas ou doentes.

Em um extremo há a mãe cujos interesses diversos se sobrepõem à dedicação ao bebê, impedindo-a de entregar-se ao estado de preocupação materna primária, de identificar-se com o filho. Seriam exemplos as mães que não conseguem amamentar os seus filhos, que voltam a trabalhar semanas após o nascimento do bebê ou se deprimem. Há casos mais radicais, mães que não cometem o assassinato, mas têm medo de fazê-lo e por isso não conseguem manipular o bebê ou aproximar-se dele. Há o desejo de matar, mas este não se concretiza, pois a mãe se ausenta da relação por temer a si mesma. Elas delegam os cuidados de seus bebês a outros cuidadores, sendo substituídas por algum tempo ou mesmo doando os filhos.

A classe oposta de transtorno materno citada por Winnicott (1967) é aquela em que a mãe não consegue recuperar-se naturalmente da preocupação materna primária. Para este psicanalista estas mães, que estariam no outro polo, são aquelas que tendem a estar permanentemente preocupadas com o filho o que se converte em sua preocupação patológica:

Esta madre tal vez cuente con una especial capacidad para prestarle su propio *self* al niño, pero qué sucede en definitiva? Es parte del proceso normal que la madre recupere su interés por si misma, y que lo haga a medida que el niño vaya siendo capaz de tolerarlo. La madre patológicamente preocupada, no sólo sigue estando identificada con su hijo durante un tiempo demasiado prolongado, sino que además, pasa muy bruscamente de la preocupación por su bebé a la preocupación previa¹² (Winnicott, 1967, p. 30).

As mães preocupadas em demasia não são capazes de uma recuperação normal, a qual ele compara a um desmame gradual. Estas mães não realizam uma adaptação progressiva à crescente autonomia do filho e podem tornar-se excessivamente cuidadoras e protetoras. É possível compreender, como Soifer (1980) e Bydlowski (2007), que as mães superprotetoras podem estar encobrando a rejeição com formação defensiva, a saber, a formação reativa, mecanismo que se utiliza de um comportamento oposto ao desejo inconsciente.

As origens dos dois transtornos descritos por Winnicott (dificuldades de investir no bebê e de desinvestir naturalmente) são infinitas, pois cada mulher é uma. Mas algo pode ser afirmado, há grande possibilidade de que tais dificuldades tenham relação com a identificação da parturiente com sua própria mãe.

O segundo processo identificatório que ocorre durante a gestação é a identificação da gestante com sua própria mãe. No caso da primípara, ela está se preparando para tornar-se mãe como sua mãe. No passado, para tornar-se mulher, a gestante constituiu sua feminilidade com sua mãe, ou com uma figura materna. Para compreender uma mulher, afirma Freud (1931/1996), é necessário analisar a sua relação com a sua mãe. A menina também precisou afastar-se (1933[1932]/1996) da mãe para que pudesse encontrar sua própria identidade feminina, sua individualidade. Quando

¹² Esta mãe talvez conte com uma capacidade especial de emprestar seu próprio *self* ao filho, mas o que acontecerá no final? Faz parte do processo normal que a mãe recupere seu interesse por si mesma, e que o faça à medida que o filho possa tolerá-lo. A mãe patologicamente preocupada, não apenas permanece identificada com seu filho durante um tempo prolongado, mas, além disso, passa bruscamente da preocupação por seu bebê para a preocupação prévia.

grávida a mulher tem como modelo, para seguir ou negar, a mãe que teve ou mesmo a que faltou.

A primeira ligação da menina com sua mãe é importante para que a primeira possa identificar-se com a segunda. De modo geral se a mãe foi boa, a menina consegue se identificar com ela e será boa mãe para seus filhos (Langer, 1981). Assim, o modo como a mulher vivencia sua gestação e no futuro se relacionará com seu filho tem uma estreita relação com o relacionamento dela com sua própria mãe. Como afirma Freud (1931/1996), a relação da mãe com o seu filho está alicerçada na relação com sua mãe. Segundo ele, a relação da menina com sua mãe, na fase pré-edípica, tem importância muito maior nas meninas que nos meninos, e destaca que na menina, esta relação é fortemente ambivalente. Deste modo, a gestante que recebeu boa maternagem, a sadia e natural, terá mais facilidade para desenvolver o estado de preocupação materna primária. Destaco que cada caso é um e nem sempre há uma relação causal e linear. Mulheres que não receberam boa maternagem podem ser resilientes o bastante para serem excelentes mães. A capacidade que a gestante tem de identificar-se com sua mãe e com seu bebê é possível graças a outro processo psíquico – a habilidade natural de regressão.

3.4 O processo de regressão na gestação do psiquismo materno

O conceito de regressão foi inicialmente definido como a direção dos processos psíquicos, desde a extremidade motora até a extremidade perceptiva do aparelho psíquico, permitindo a transformação de pensamentos em imagens, durante a formação do sonho (Freud, 1900/1996). A regressão, um conceito descritivo, está relacionada à fixação, como um retorno da libido a pontos anteriores do desenvolvimento

psicossexual (Freud, 1917/1996), e seria o reaparecimento do passado no presente psíquico da pessoa. Tais ressurgimentos dizem respeito a algo que foi inscrito no passado e que estaria fixado até o presente. Segundo Laplanche e Pontalis (1985), “a regressão poderia ser interpretada como uma reposição em jogo do que foi inscrito” (p. 571).

Tendo em vista a I Grande Guerra, Freud (1915/1997) escreve o artigo *Reflexão para os tempos de guerra e morte*. Neste texto ele descreve a plasticidade dos desenvolvimentos psíquicos como uma capacidade para a regressão e considera que as etapas primitivas sempre podem ser restabelecidas; neste sentido o psiquismo primitivo é imperecível. A regressão é um processo psíquico que contém um sentido de percurso ou de desenvolvimento, um retorno em sentido inverso desde um ponto já atingido até um ponto situado antes desse (Laplanche & Pontalis, 1985).

No capítulo VII de *A interpretação dos sonhos*, Freud (1900/1996) apresenta sua concepção do aparelho psíquico, para a qual o conceito de regressão é essencial. Neste texto ele distingue três tipos de regressão:

a) regressão tópica, no sentido do quadro esquemático dos sistemas Ψ que explicamos atrás; b) regressão temporal, na medida em que se trata de um retorno a estruturas psíquicas mais antigas; e c) regressão formal, onde os métodos primitivos de expressão e representação tomam o lugar dos métodos habituais. No fundo, porém, todos esses três tipos de regressão constituem um só e, em geral, ocorrem juntos, pois o que é mais antigo no tempo é mais primitivo na forma e, na tópica psíquica, fica mais perto da extremidade perceptiva (Freud, 1900/1996, p. 578).

Como exposto anteriormente, é interesse desta pesquisa focar na regressão em função da gestação. Cabe destacar que Winnicott (1954/2000) rejeita a exigência de regressões aos pontos de fixação da libido a fases pré-genitais e que acredita em uma força inata que impulsiona o indivíduo em direção à saúde e ao desenvolvimento, com ênfase no ambiente, com seus êxitos e falhas. Winnicott preocupa-se não apenas com a regressão a pontos bons ou maus nas experiências instintivas, mas também a pontos

bons ou maus na adaptação do ambiente às necessidades do *ego* e do *id* na história do indivíduo. Para ele a palavra regressão significa o reverso do progresso e “este mesmo progresso constitui-se na evolução do indivíduo, da psique-soma, da personalidade e da mente com (eventualmente) a formação do caráter e a socialização” (Winnicott, 1954/2000, p. 377).

Para que a regressão aconteça é preciso que o paciente possua uma organização interna que lhe possibilite fazer uso do fato de estar regredido. A regressão faz parte do processo de cura (Winnicott, 1954/2000), especialmente no *setting* terapêutico. Neste contexto de saúde é possível reconhecer na gestação um processo regressivo essencial para a construção do psiquismo materno.

O final da gestação e os primeiros dias após o parto são fortemente marcados por regressões no psiquismo da mulher. Para Costa (2006), “não é apenas o bebê do passado que se reatualiza no momento da gravidez e puerpério, mas também toda a dinâmica relacional deste bebê com o outro que o materna” (p. 26). Considerando que a capacidade psíquica de regredir é saudável e inerente à construção do psiquismo materno, a regressão certamente ajudará a futura mãe a compreender o funcionamento iniciante do psiquismo de seu filho, por meio das lembranças inconscientes do bebê que ela fora.

Na gestação e no puerpério acontece a regressão da mulher em relação a sua criança e a sua mãe. Assim, o estado de preocupação materna primária acontece em função da capacidade de regressão e de identificação da gestante com sua mãe e seu bebê. Uma vez estudadas as noções dos conceitos de preocupação materna primária, de identificação e regressão, na gestação e pós-parto, descreverei no próximo capítulo os conceitos de transparência psíquica e trauma pós-obstétrico. Em seguida, apresentarei a experiência com o grupo de gestantes do HUB, a partir de dois relatos de casos.

CAPÍTULO 4

TRANSPARÊNCIA PSÍQUICA EM NOVA GESTAÇÃO APÓS NATIMORTO

*Na gravidez todos os meus traumas vieram à tona...
lembro e choro, como se fosse ontem.*
Participante do grupo do HUB

4.1 Transparência psíquica

Ao delimitar o meu objeto de estudo – o investimento psíquico materno em nova gestação após natimorto –, pesquisei na literatura a respeito deste tema e descobri que é pouco investigado. A esta altura faltava uma teoria que norteasse esta investigação. Encontrei nos conceitos de Monique Bydlowski sobre transparência psíquica e trauma pós-obstétrico o suporte psicanalítico que faltava. Assim, neste capítulo estudo de que forma ocorre o investimento da mulher em nova gestação após natimorto, usando como fundamentos teóricos os conceitos de transparência psíquica e trauma pós-obstétrico, e considerando os de narcisismo, luto, melancolia, preocupação materna primária, regressão e identificação. Para ilustrar cito apenas dois casos dos muitos relatos que escutei no período de atendimento ao grupo de grávidas de alto risco no HUB.

Ao longo de anos de experiência com gestantes e puérperas em maternidade de hospital, a psicanalista e psiquiatra francesa Monique Bydlowski desenvolveu a ideia de transparência psíquica. Esta autora realiza, atualmente, um relevante trabalho de compreensão dos processos psíquicos no período gestacional. O conceito em estudo está

descrito em seu livro *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*, sem tradução para o português. Utilizo a versão em espanhol: *La deuda de vida: Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Ressalto que as citações estão no original, com tradução realizada por mim nas notas de pé de página. Utilizo ainda dois capítulos desta autora, publicados no livro *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*.

O conceito de transparência psíquica fundamenta-se nas formulações metapsicológicas clássicas de regressão e identificação em Freud e de preocupação materna primária em Winnicott. Foi Donald Woods Winnicott (1956/1993) quem primeiro observou este estado, caracterizado pela sensibilidade exacerbada durante a gravidez, especialmente no final. A transparência psíquica, assim como a preocupação materna primária, apresenta-se como um estado normal na gestação (Bydlowski & Golse, 2002).

Posteriormente, outros autores como Cramer, Lebovici e Stern, representantes de um movimento interacionista, vieram a associar os conteúdos psíquicos maternos às reações do bebê. Esses autores, utilizando o conceito de *interações fantasmáticas* entre a mãe e seu bebê, direcionaram a atenção e o interesse para os conteúdos psíquicos da mulher grávida (Bydlowski, 2002).

Esta pesquisadora estuda a gestação em mulheres psicologicamente saudáveis, e conclui que a transparência psíquica é um fenômeno que está no limite do intrapsíquico e do intersubjetivo. Neste campo a criança, em sua dupla presença e ausência, é tanto atual quanto representável por elementos do passado (Bydlowski, 2007). Desde o início da gestação percebem-se alterações no psiquismo da mulher, caracterizadas por um certo radicalismo e autenticidade particular do psiquismo. Ao mesmo tempo as gestantes estabelecem uma relação direta e evidente entre a situação da gestação atual e as lembranças do seu passado (Bydlowski, 1997).

De acordo com Bydlowski (2007), a gestação é um momento único na vida da mulher, e caracteriza-se por crises maturativas e ambivalências, despertando ansiedades e conflitos latentes, ao mesmo tempo em que possibilita novas formas de potencialidades de engajamentos (Bydlowski, 2002). O período de crises maturativas deve ser compreendido como uma crise que é vivida na mobilização da energia psíquica. De modo semelhante à crise da adolescência, “hay que comprenderla como una crisis que se atraviesa movilizand o energía, despertando la ansiedad y conflictos latentes, pero que se presenta también como un compromiso con nuevas virtualidades”¹³ (Bydlowski, 2007, p. 100). Esta crise contém sua própria capacidade evolutiva e contribui para o processo de formação de uma nova identidade da mulher.

A autora considera a ambivalência sob a perspectiva do desejo materno de ter um filho vivo e ao mesmo tempo desejar a sua morte. A ambivalência estaria relacionada com a representação inconsciente da qual o filho é portador. O desejo de morte tende a ser recalcado no inconsciente, restando-lhe dois destinos possíveis: a idealização do filho perfeito ou a transformação em proteção ansiosa (Bydlowski, 2007). As duas possibilidades constituem a chamada formação reativa contra as pulsões destrutivas.

Bydlowski (2007) assegura que o nascimento de um filho possui duplo registro, Há representação do inconsciente de seus pais e simultaneamente instaura-se uma nova organização psíquica na mulher e na família. No que tange à representação do inconsciente da mãe no nascimento de uma criança, Bydlowski, como Lebovici (1987), considera que antes de tudo o filho é imaginário, é o filho desejado pela mulher, sendo o feto ainda da ordem do imaginário, não podendo ser representado até o nascimento. Cabe ressaltar que, segundo esta autora, a imagem ecográfica pouco influencia a

¹³ Temos que compreendê-la como uma crise que se atravessa mobilizando energia, despertando a ansiedade e conflitos latentes, mas que se apresenta também como um compromisso com novas potencialidades.

representação inconsciente do filho por sua mãe. O que se deseja não é tanto um filho concreto, mas a realização do desejo infantil, do desejo nostálgico de encontrar-se a si mesma como o bebê dos primeiros meses de vida (Bydlowski, 2007).

As representações transmissíveis ao filho são, segundo a autora, de duas ordens: literais ou indiretas. As primeiras são expressas por palavras e acontecimentos como o nome dado ao filho, o apelido ou a data do nascimento. A segunda forma é menos direta, são significantes que se manifestam no inconsciente dos pais, não acessíveis à memória, e são transmitidos ao novo bebê. Nas palavras da autora, “el niño venidero va a tomar así una vida somato-psíquica en una red de representaciones que le preexisten”¹⁴ (Bydlowski, 2007, p. 80). O filho esperado é portador potencial dos traços biográficos e libidinosos de seus pais, o que Bydlowski nomeia como *transmissão transgeracional das representações*.

O outro registro que o nascimento de um filho promove é a nova organização psíquica na mulher. Bydlowski (2007) entende que no período gestacional acontece um encontro da mulher consigo mesma e uma invasão do filho no psiquismo materno. Ela considera que o feto:

Invade progresivamente el psiquismo de la futura madre con una intensidad tal que ninguna realidad, ni siquiera la imagen ecográfica del niño, vendrá a limitarla hasta el día del nacimiento. La intensidad de esa invasión es comparable con la del enamoramiento. El estado amoroso realiza una invasión parecida al psiquismo, pero en el embarazo el objeto no es distinto a uno mismo¹⁵ (Bydlowski, 2007, p. 104).

Vale destacar que a mulher gestante recebeu, na infância, a transmissão transgeracional de sua mãe. Se, enquanto bebê, a menina recebeu cuidados insuficientes

¹⁴ O filho vindouro tomará assim uma vida somatopsíquica em uma rede de representações que o preexistem.

¹⁵ Invade progressivamente o psiquismo da futura mãe com uma intensidade tamanha que nenhuma realidade, nem mesmo a da imagem ecográfica do filho, virá limitá-la até o dia do nascimento. A intensidade desta invasão é comparável com a do enamoramento. O estado amoroso realiza uma invasão semelhante no psiquismo, mas na gravidez o objeto não é distinto de si mesmo.

ou intrusivos, agora grávida “el bebé de antaño sentirá de nuevo la difícil contigüidad de una imagen interior no tranquilizadora”¹⁶ (Bydlowski, 2007, p. 106). Cada filha registra de maneira única a transmissão recebida inconscientemente. Bydlowski (2007) cita Groddeck (1963) que considera que as mulheres que odeiam suas mães não têm filhos, pois o ódio não permitiria que elas se inscrevessem na continuidade. O desejo de vingança obstruiria a transmissão. De alguma forma a relação da grávida com sua mãe influencia sua relação com o filho vindouro. Bydlowski (2007) considera que o aborto “tiene a menudo ese sentido de matar a la madre en el interior de una misma”¹⁷ (p. 89).

A partir de sua concepção dos processos psíquicos gestacionais, Bydlowski desenvolve o conceito de transparência psíquica, que pode ser compreendido como um determinado “terreno psíquico”, próprio do processo gestacional, caracterizado por um inconsciente transformado que não mais garante os segredos de seus conteúdos. A transparência psíquica se caracteriza basicamente por dois fenômenos psíquicos, hiperinvestimento no novo objeto e redução das defesas.

No início da gestação a criança é uma simples ideia e as mudanças corporais, como o crescimento da barriga, provocam um novo investimento, que é um hiperinvestimento narcísico, uma vez que o objeto pertence à própria mãe. Nesses meses a mulher retira o investimento libidinal do mundo externo, concentrando-o em si mesma. O aumento do investimento de energia psíquica na gestação permite que os conteúdos inconscientes, do passado infantil da gestante, venham à tona.

O desvelamento do inconsciente é favorecido pela baixa das defesas habituais (Bydlowski, 2007). O inconsciente, durante a gestação, estaria aberto e vulnerável, permitindo que o recalcado encontre uma saída facilitada. As lembranças perdem a carga libidinal que as condenava ao silêncio. As gestantes falam de seu passado sem

¹⁶ O bebê de outrora sentirá de novo a difícil contigüidade de uma imagem interior que não é tranquilizadora.

¹⁷ Tem frequentemente esse sentido de matar a mãe dentro de si mesma.

pudor, sem censura, como se o contexto atual não tivesse importância. Neste período haveria uma permeabilidade para com o inconsciente, um afrouxamento das forças do recalcado, quando fragmentos do inconsciente vêm à tona (Bydlowski, 2007).

Na obra *A Interpretação dos Sonhos*, Freud (1900/1996) produz seu conceito de inconsciente e elege o sonho como a via régia de acesso ao mesmo. De acordo com Bydlowski (2007), o sonho é fortemente estimulado na gestação. As grávidas frequentemente sonham com seus bebês; em seus sonhos os filhos são totalmente diferentes da realidade biológica, a criança nunca corresponde à imagem verdadeira. Ela ressalta que “os sonhos noturnos podem traduzir em termos simples esse retorno de angústias passadas” (Bydlowski, 2002, p. 210).

Esta psicanalista, em sua prática analítica com gestantes saudáveis, identificou dois aspectos importantes no discurso de suas analisandas: a expressão de conteúdos pertencentes à história infantil das pacientes (resultado da permeabilidade psíquica do período) e o silêncio em relação ao bebê. O afloramento do inconsciente e o silêncio são as bases para um psiquismo em transparência. As grávidas estabelecem uma correlação entre a situação de gestação e as lembranças do passado, fantasias, antes esquecidas, que retornam à memória sem serem barradas pela censura. Sobre este ressurgir de lembranças esta psicanalista escreve:

La intensidad del resurgir de algunas fantasías regresivas y la afluencia de rememoraciones infantiles expresadas de una manera nostálgica contrastan con la ausencia de un discurso razonable sobre la realidad del feto. Ese flujo regresivo y rememorativo de representaciones demuestra precisamente la transparencia psíquica característica de ese período de vida¹⁸ (Bydlowski, 2007, p. 104).

¹⁸ A intensidade do ressurgir de algumas fantasias regressivas e a afluência de lembranças infantis expressas de um modo nostálgico contrastam com a ausência de um discurso razoável sobre a realidade do feto. Esse fluxo regressivo e rememorativo de representações demonstra precisamente a transparência psíquica característica deste período da vida.

A autora afirma que inicialmente sua expectativa era de que as analisandas falassem mais sobre a sua gestação, mas o que ocorre é exatamente o inverso: “cuando todo va bien, no se dice nada”¹⁹ (Bydlowski, 2007, p. 105). A maioria de suas pacientes que tiveram a oportunidade de se expressar é silenciosa, cala-se em relação à criança que tem no ventre. As mulheres focalizam nostalgicamente naquela criança que foram no passado. As fantasias em relação ao filho que virá praticamente não existem e se existem são mantidas em sigilo. O silêncio em relação ao bebê seria sinalizador de um hiperinvestimento. Ou seja, o hiperinvestimento está fundamentado no silêncio da grávida, pois o ocultamento de um determinado conteúdo indicaria sua forte erotização.

Na gravidez inaugura-se a experiência de um encontro íntimo da mulher consigo mesma (Bydlowski & Golse, 2002), o que, em parte, explicaria o silêncio sobre o feto, na maioria das mulheres em análise. Porém, em gestações de risco de vida para o feto ou naquelas em que anteriormente houve fatalidades como natimorto ou morte neonatal, as mães expressam preocupações intensas com o feto. Segundo Bydlowski (2007), quando há ansiedade ou preocupação com a saúde ou vida do bebê, ele se torna o tema principal da cliente.

Nessa época em que a mulher ativa representações do seu passado é importante que exista um espaço para elaboração de toda esta carga libidinal. Pois, “dar a palavra à criança que ela foi, auxilia a gestante a revigorar a criança que ela carrega” (Bydlowski, 2002, p. 208). Assim, a clínica da gestação é uma clínica preventiva. Sobre a importância de um acompanhamento terapêutico no período gestacional Bydlowski argumenta:

Gracias a la transparencia psíquica, puede operarse una alianza terapéutica con el narcisismo materno. Esa alianza favorecerá el desvelamiento de fantasías y de recuerdos potencialmente patógenos. Compartido con el terapeuta, ese recuerdo cargado de afecto, esa fantasía avasalladora perderá su carga emocional. La antigua impresión se disolverá

¹⁹ Quando tudo vai bem, [na gravidez,] nada se diz.

a lo largo de los encuentros, favoreciendo una disponibilidad mayor de la joven madre con respecto a su neonato. Por supuesto es recomendable prolongar esa alianza terapéutica durante el período sensible de las primeras semanas de la vida del neonato²⁰ (Bydlowski, 2007, p. 108).

Para investigar a transparência psíquica em gestantes de alto risco que sofreram óbito fetal tardio, faz-se necessário apresentar o conceito de trauma pós-obstétrico.

4.2 Trauma pós-obstétrico

*Uma das coisas que aprendi é que se deve viver apesar de.
Apesar de, se deve comer. Apesar de, se deve amar. Apesar de, se deve morrer.
Inclusive muitas vezes é o próprio apesar de que nos empurra para a frente.*
Clarice Lispector (2005)

A teoria freudiana do trauma é bastante ampla e muito estudada. Comento, à guisa de introdução, apenas algumas características deste extenso conceito, circunscrito ao tema deste trabalho. Trauma ou traumatismo psíquico designa um choque violento vivido de forma inesperada por uma pessoa. Distingue-se de outros eventos pela intensidade com que afeta o psiquismo e pela impotência do indivíduo diante do ocorrido. Em termos de economia psíquica, a noção de trauma é caracterizada por uma afluência de excitações que é abundante com respeito à tolerância do sujeito e sua capacidade para dominar e elaborar psiquicamente essas excitações, sendo impossível evitar consequentes transtornos no funcionamento psíquico (Freud, 1916-1917/1996).

Essas excitações excessivas, vindas de fora, requisitam recursos psíquicos (a barreira protetora) para lidar com tais estímulos. Freud (1920/1996) referindo-se aos

²⁰ Graças à transparência psíquica, pode ocorrer uma aliança terapêutica com o narcisismo materno. Essa aliança favorecerá o desvelamento de fantasias e de lembranças potencialmente patogênicas. Partilhada com o terapeuta, essa lembrança carregada de afeto, essa fantasia avassaladora perderá sua carga emocional. A antiga impressão se dissolverá no decorrer das consultas, favorecendo uma maior disponibilidade da jovem mãe com relação ao seu recém-nascido. Certamente é recomendável prolongar essa aliança terapêutica durante o período sensível das primeiras semanas da vida do recém-nascido (Bydlowski, 2007, p. 108).

sofrimentos físicos resultantes do atravessamento de área restrita do escudo protetor fornece reflexões importantes sobre o trauma e os fatores de proteção aos efeitos daquele no psiquismo. Para esse autor “um sistema altamente investido é capaz de acolher a nova energia que para ele aflui e transformá-la em investimento parado, ou seja, ‘ligá-la’ psiquicamente. Quanto mais alto o investimento parado, tanto maior a sua força ligadora” (Freud, 1920/1996, p. 193).

Em geral, o trauma surge após uma grande comoção psíquica, depois de o indivíduo ter sofrido risco de vida iminente, ficando psiquicamente preso aos efeitos patogênicos duradouros do perigo enfrentado e incapacitado de responder adequadamente a ele. Ao falar de acontecimentos traumáticos deve-se considerar a susceptibilidade de cada indivíduo (Freud, 1893/1996), ou seja, cada pessoa promove diferentes modos de resolução do traumático.

Desde os primórdios da obra de Freud, o objetivo do tratamento consistia em tornar conscientes as lembranças recalçadas. Todavia, ele constatou que as lembranças nem sempre equivalem ao que realmente aconteceu. Assim, a experiência passada é ressignificada no contexto das experiências atuais. Já em 1896, Freud escrevendo a Fliess levanta a hipótese de que o psiquismo tenha se formado por meio de estratificação: “o material presente em forma de traços de memória estaria sujeito de tempos em tempos a um *rearranjo* segundo novas circunstâncias – a uma *retranscrição*” (Freud, 1896/1996, p. 281, grifo do autor).

A ideia freudiana de retranscrição dos traços de memória articula-se com a de *a posteriori*, de que só há trauma psíquico na posterioridade do acontecimento traumático. A tese da ação traumática *a posteriori* permanece ao longo da obra freudiana, ainda que com mudanças, o que caracteriza o trauma em dois tempos. Haveria uma retroatividade, uma recordação posterior ao trauma. Nos termos da *Carta 52* (1896/1996), após o

trauma ocorre um rearranjo, um efeito de tempo, através do qual os eventos traumáticos adquirem significação para o sujeito, pela via de um processo de reconstrução. O traumático consistiria na articulação destes dois tempos, enquanto ressignificação que o segundo evento oferece ao primeiro.

Um primeiro acontecimento avaliado como traumático poderá ser recordado por um segundo episódio que apresente traços semelhantes. O parto trágico pode ser o primeiro evento traumático e a gravidez posterior o segundo, que desencadeia as lembranças. Desta forma, Bydlowski pretende mostrar que na área da obstetrícia, um estudo psicanalítico mais aprofundado pode, ainda hoje, deparar-se com a neurose traumática (Bydlowski, 2007).

O primeiro parto na vida de uma mulher pode converter-se em um trauma pós-obstétrico. Quando algo traumático acontece no parto, como a morte do filho, as sequelas podem ser observadas nas semanas ou meses seguintes. As consequências podem ser percebidas nas crises depressivas, lembranças constantes do acidente, insônias ou pesadelos que reportam ao trauma. Para a mãe, o trauma no parto constituir-se-á o ponto de partida das neuroses traumáticas pós-obstétricas (Bydlowski, 2007).

Por ocasião de outra gestação, tempo de vulnerabilidade, o quadro de transparência psíquica favorecerá o ressurgimento do trauma vivido no parto, intensificando-se com a proximidade do novo parto. De acordo com esta autora, “las pesadillas posteriores hacen nacer un estado de angustia para intentar escapar a la influencia de la excitación libidinal, mientras seguían volviendo repetitivamente con respecto a esto, los sueños obedecían a la compulsión a la repetición”²¹ (Bydlowski, 2007, p. 56). Haveria uma fixação psíquica da pessoa ao acontecimento, de modo semelhante à histeria.

²¹ Os pesadelos seguintes fazem nascer um estado de angústia para tentar escapar à influência da excitação libidinal, entretanto continuam voltando repetidamente com respeito a isto, os sonhos obedeciam a compulsão à repetição.

As referências de Bydlowski ao trauma pós-obstétrico incluem maus-tratos no hospital, problemas físicos na mulher, diagnóstico de doenças graves no recém-nascido, natimorto e morte neonatal. Ao utilizar a expressão foco especificamente no óbito fetal tardio. A respeito da nova gestação depois de um trauma pós-obstétrico, Bydlowski considera que: “Con ocasión de un nuevo embarazo, los síntomas de neurosis traumática se despiertan, particularmente las pesadillas y sobre todo hacia el final de la gestación cuando el parto (el accidente traumático para el sujeto) se acerca de manera ineluctable”²² (Bydlowski, 2007, p. 67).

O nascimento de um filho morto, ainda no ventre, abala a mulher narcisicamente. Neste caso a mulher apresenta, na gestação atual, um hiperinvestimento permeado por uma forte ambivalência, especialmente se a gravidez atual corre algum risco. Ainda ferida narcisicamente, a gestante teme perder mais um filho, deste modo o trauma influenciará seu investimento na nova gestação. Acerca desta temática Bydlowski escreve:

Se ao contrário a experiência da gestação abala um equilíbrio narcísico precário, intensas preocupações podem surgir e expressar-se sob a forma de queixas somáticas aos profissionais da consulta pré-natal, ou de ansiedade concernente ao futuro pessoal e do bebê. Essa ansiedade, essa hipervigilância sobreviverá particularmente quando a confiança narcísica de uma gestante tiver sido abalada por um aborto (Bydlowski, 2002, p. 209).

Ao estudar o desejo de filho e sua relação com o inconsciente, Bydlowski (2007) chama a atenção para a importância do contato com o bebê real para a representação deste filho no psiquismo materno. A falta do princípio de realidade, a impossibilidade de contato com o filho morto, impede que o luto se inicie:

²² Por ocasião de nova gravidez, os sintomas da neurose traumática são despertados, em particular os pesadelos, especialmente ao final da gestação quando o parto (o acidente traumático para o sujeito) se aproxima de maneira inevitável.

Se puede comprender la desgracia tenaz de las que pierden en el nacimiento a un hijo, ya sea prematuro o no, un niño que no han tenido tiempo de ver ni de tocar y que ninguna inscripción visible relaciona con la existencia. Privado de localización sensorial, ese niño permanece no representable y el trabajo el duelo no puede comenzar²³ (Bydlowski, 2007, p. 79).

Neste ponto, cabe lembrar que um luto invisível deixa cicatrizes na mulher, que certamente influenciarão o seu investimento em uma nova gestação. Parece que na gestação após natimorto o investimento da mãe no filho seria distinto do investimento da primípara, ainda que ambas em gravidez de alto risco, e que a transparência psíquica também ocorreria de forma peculiar. No caso de trauma por natimorto, os relatos das experiências vividas no HUB estão em sintonia com esta autora, pois a perda é narrada com forte dor, como se fosse algo recente, o que indica que as grávidas ainda estariam fragilizadas pelo trauma da morte do filho.

Uma vez estudados os principais conceitos que oferecem suporte à clínica da maternidade, trago a experiência, no HUB, com as gestantes de alto risco que viveram natimorto no passado.

4.3 Transparência psíquica em nova gestação após natimorto: uma experiência clínica

4.3.1 A dinâmica do grupo

Este estudo baseia-se nos atendimentos em grupo às grávidas de alto risco que realizam pré-natal no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Em dezoito meses foram realizados 53 encontros, com periodicidade semanal e a participação assídua de

²³ Pode-se compreender a desgraça obstinada das que perdem um filho no nascimento, seja prematuro ou não, um filho que não tiveram tempo de ver nem de tocar e que nenhuma inscrição visível relaciona com a existência. Privado de localização sensorial, este filho permanece não representável e o trabalho de luto não pode começar.

158 grávidas. O grupo era composto por grávidas de alto risco das mais variadas patologias: por doenças preexistentes, como a doença de chagas, hipertensão gestacional ou risco de descolamento da placenta. Algumas das participantes foram consideradas de alto risco porque anteriormente sofreram aborto espontâneo ou natimorto. Os registros de cada sessão foram realizados logo após os encontros. É bom lembrar que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (UnB) em abril de 2011.

Vale ressaltar que este grupo não era operativo (grupo de orientação às gestantes) como acontece em algumas maternidades. Este espaço no HUB pretendia oferecer às gestantes de alto risco um cuidado psíquico, *holding*, ajudando as grávidas a se tornarem mais conscientes do seu funcionamento psíquico e desenvolver uma capacidade maior de tolerância e convivência com uma gama mais ampla de experiências inerentes à espera de um bebê. A escuta pretendia viabilizar, a partir da fala, um reposicionamento subjetivo. Nesses encontros, a fala de uma grávida dá oportunidade à outra para verbalizar e elaborar suas perdas. As grávidas falam de suas experiências e sentimentos em relação à gravidez: surpresas, alegrias, inseguranças, temores, ambivalências e dificuldades. Das mulheres com gravidez de alto risco, algumas contam sobre suas perdas anteriores enquanto outras apenas ouvem.

Antes de apresentar os casos clínicos e discuti-los à luz da teoria apresentada neste trabalho, trago algumas poucas considerações metodológicas acerca da dinâmica do grupo. A psicanálise sempre teve o consultório como espaço privilegiado. Todavia, nada impede que uma escuta psicanalítica seja oferecida para além dos consultórios. A viabilidade de atuação psicanalítica nos hospitais tem tomado força e espaço. O trabalho do psicanalista em instituições hospitalares, terreno da medicina, oferece um desafio ao analista. Machado (2011) ao estudar o lugar do psicanalista nos hospitais gerais conclui

que “o que legitima o trabalho analítico no hospital seria o próprio psicanalista, que deve sustentar a existência do inconsciente a partir dos próprios dispositivos psicanalíticos” (p. 148).

Uma singularidade da metodologia utilizada nesta pesquisa e que merece destaque é que além de sair dos consultórios a abordagem psicanalítica estendeu-se a um grupo, não se limitando ao atendimento individual. Freud (1921), referindo-se ao grupo que possui um líder, considera que grupo “é um certo número de indivíduos que colocaram um só e mesmo objeto no lugar de seu ideal de ego e, conseqüentemente, se identificaram uns com os outros em seu ego” (p. 126). Destaco que esta definição aplica-se a outros grupos, como o grupo terapêutico em estudo.

As participantes deste grupo apresentavam inúmeras semelhanças, dada sua condição gestacional e de risco, o que viabilizou a coesão grupal. Neste contexto, uma gestante se identificava com a fala da outra e, com legitimidade, era permitido apoiar ou discordar da outra, graças ao vínculo estabelecido entre elas.

Um tema recorrente era o mito da maternidade, o *eu* ideal da mãe. As participantes afirmavam que ser mãe, para elas, era diferente do que a cultura considera: não era tão lindo, tão harmonioso, pois havia conflitos. A ambivalência era acolhida e discutida de forma a facilitar a aceitação de que sentimentos de amor e ódio em relação à gestação e ao bebê são parte da construção do psiquismo materno, assim como a transparência psíquica.

De acordo com Bydlowski (2007), as analisandas grávidas se calam quando tudo vai bem, e falam sobre a gestação e o filho quando o bebê está em perigo ou há traumas pretéritos. O grupo em estudo apresentou diferenças quanto a este aspecto da experiência analítica de Bydlowski no consultório. Na sala de espera do pré-natal, as primigestas falavam energicamente sobre seus bebês e suas angústias. Por outro lado, as

participantes que outrora vivenciaram natimorto se calavam em público. Nos primeiros encontros elas permaneciam caladas durante toda a sessão, apenas falavam quando questionadas. Cabe destacar que algumas grávidas saíam da sala, evitando o grupo. Ao investigar tais ausências identificou-se que eram, em sua maioria, grávidas que já sofreram óbitos fetais recorrentes. Parece que as gestantes que viveram trauma obstétrico por natimorto evitam a convivência com outras gestantes, assim como falar em público sobre esta ferida.

É possível que o sentimento de fracasso e o abalo narcísico as inibissem de falar em público. O silêncio se justificaria em função de a mulher ter vivido um trauma no parto, com a morte do filho dentro de si, ferida que se manifestaria por meio de um investimento hipervigilante e silencioso no grupo. Sendo o silêncio um sinalizador de hiperinvestimento, pode-se considerar que o silêncio dessas grávidas, ou a recusa em participar do grupo, sinaliza hiperinvestimento na gestação em curso. Elas não falam sobre o que as faz sofrer em função do trauma sofrido no parto do natimorto anterior. Pôde-se perceber que as mães em estudo são as que menos se manifestavam. Parodiando Bydlowski, quando tudo vai mal após natimorto, elas se calam no grupo. Levanta-se a hipótese de que o hiperinvestimento é mascarado com o uso de outros mecanismos de defesa.

Além do silêncio, outra estratégia de defesa da ansiedade utilizada pelas participantes do grupo é a negação explícita do investimento na gestação. Essa negação pode ser exemplificada por: “eu não queria estar grávida, se eu pudesse interrompia esta gravidez agora mesmo”. Note-se a ambivalência avassaladora manifesta por meio da presença simultânea da negação do desejo de filho e sua realização com a gravidez.

As participantes do grupo, de modo geral, não falavam de suas histórias infantis ou de suas mães, pois os temas que prevaleciam eram os relacionados diretamente à

gravidez. Como dito anteriormente, um dos assuntos recorrentes diz respeito ao mito de que na gravidez tudo são flores. Elas traziam queixas como tristeza, choro, pesadelos, irritabilidades e raras reminiscências de seu passado. As reminiscências do passado não emergiam como em um trabalho analítico no consultório. Faltou no grupo a oportunidade de dar a palavra à criança que a gestante foi, o que a auxiliaria a revigorar a criança que ela carrega no ventre (Bydlowski, 2002).

J, caso apresentado a seguir, é uma das participantes do grupo que raramente se manifestava. A dinâmica grupal foi importante para J. Nos primeiros encontros ela pôde ouvir casos semelhantes, assim, identificando-se com outras grávidas, descobriu que não estava só em sua dor e começou a falar. Por volta de seu terceiro encontro, J ouviu outra gestante contar sobre sua perda fetal anterior e suas dificuldades para começar a comprar roupas para o bebê atual. Pela primeira vez, J fala acerca de sua relação com o bebê: “Eu ainda não comprei nada, vou esperar chegar aos oito meses... não quero sofrer tudo outra vez”.

Com a intenção de estudar como ocorre a transparência psíquica em nova gestação após natimorto, relato a seguir dois casos com o objetivo de identificar e estudar a partir das vivências das participantes do grupo aspectos dos conceitos estudados ao longo desta pesquisa. Os casos clínicos evidenciam duas possibilidades extremas de transparência psíquica e de convivência com o trauma pós-obstétrico. Proponho-me, assim, a entender como ocorre a transparência psíquica nestes casos específicos.

4.3.2 Apresentação dos casos clínicos

Caso J

J está com 30 anos, há cinco perdeu seu primeiro filho, com 36 semanas de gestação, natimorto sem causa identificada. A família não permitiu a autópsia e ela não viu o bebê morto e ainda ficou com uma interrogação acerca da causa da morte fetal. J é casada com um primo de primeiro grau e atribui a este fato a morte do bebê. Segundo seu relato, após a morte do bebê ela entrou em processo depressivo. Durante dois anos usou diversos métodos contraceptivos, pois não queria engravidar. Nos últimos três anos, a pedidos do marido e da família, ela parou de evitar. A família é bastante unida, o marido a apoia e ela tem um bom relacionamento com sua mãe. J trabalha, frequenta uma igreja e mantém bons relacionamentos sociais, apesar da timidez.

Em nosso primeiro encontro, com idade gestacional de 16 semanas, J permaneceu calada. Após três encontros, J conta que também perdera o seu bebê, e narra como se fosse algo recente. Quando questionada sobre os sentimentos em relação à gravidez atual ela chora e se cala. Quando começou a participar do grupo J apresentava comportamento supersticioso em relação à gravidez, não usava preto com medo de o bebê morrer. J não quis saber o sexo do bebê, não fez enxoval e não conversava com o bebê até a 24ª semana. Aos poucos ela começou a falar sobre seus temores, pedia opinião do grupo sobre como deveria agir em relação a alguns aspectos da gestação.

Após três meses no grupo, J já falava sobre a perda anterior de forma mais livre. Conta detalhes do investimento na gestação atual e narra seus sonhos sobre o bebê nascer deformado. Apresenta sonhos recorrentes com um filho sem orelhas, ou com um filho que não chora, apenas dorme, inerte, como se estivesse morto. Os médicos garantem que tudo está bem, mas referindo-se ao fato de que não sente o bebê mexer,

ela argumenta: “Eles podem estar enganados... o bebê da minha cunhada mexe e o meu não”.

Sugeriu-se que ela contasse ao bebê sobre seus medos. Após começar a falar com o bebê, J quis saber o seu sexo, depois começou a comprar roupinhas para ele, só tinha uma peça amarela que recebera de uma familiar. Alguns dias após saber o sexo do bebê, ela e seu esposo escolheram o nome. Em seu último pré-natal ela estava com um lindo vestido preto. Como J, outras gestantes desenvolveram a habilidade de conversar com seus bebês e assim apresentaram diminuição na resistência e investimento mais livre na gestação em curso.

Ao conversar com o feto, montar o enxoval e chamar a filha pelo nome, J foi construindo a representação de sua filha transformando, aos poucos, o estrangeiro em familiar. Na semana seguinte nasce, saudável, a sua Vitória. Esta participante e as demais gestantes “que falavam mais livremente sobre os sintomas, fantasias, angústias e ambivalências passaram a ter uma gravidez mais elaborada, com melhoria no investimento e identificação com o filho” (Freire & Chatelard, 2009).

Caso X

X, 34 anos, chegou para sua primeira consulta pré-natal com 10 semanas, encaminhada por outro hospital, onde ela já havia sofrido três perdas fetais - duas mortes neonatal e um natimorto. Em sua primeira participação no grupo X permaneceu calada todo o tempo, quando questionada se estava grávida, ela disse: “Infelizmente estou”. Logo em seguida começou a chorar e pedia desculpas ao grupo por estar chorando. X não se relaciona bem com sua mãe, nunca fala de seus parentes ou de sua infância, atualmente está desempregada.

Em sua primeira gravidez, o bebê nasceu com 29 semanas de gestação, Ana Luíza sobreviveu por 9 horas e veio a óbito. X não viu a criança viva, os familiares registraram e enterraram a menina. X não recorda de detalhes desta primeira grande perda. Ela diz ter ficado muito abalada por voltar para casa sem a filha. Meses depois ela doou todas as roupas do enxoval.

Na segunda gravidez ela começou a perder líquido, como na primeira, e ficou internada dois meses até que uma médica resolveu fazer outra cesariana, ela não poderia mais sustentar aquele filho. Segundo ela, “a médica disse que o bebê ia morrer de qualquer jeito”. X não quis ver o bebê, era outra menina, teve que dar um nome, porque ela respirou antes de morrer. Então ela disse ao marido: “Põe qualquer nome nessa coisa, tá morta mesmo!” No mesmo dia morreu uma tia; enquanto a família organizava os dois enterros, ela ficou três dias no hospital. Na maternidade, X compartilhou o leito com mulheres que tiveram seus filhos saudáveis, e pôde observar as outras amamentando seus filhos. “Foi horrível, eles não poderiam ter feito aquilo comigo”, ela relata referindo-se aos profissionais que a deixaram com outras puérperas e seus bebês. E prossegue: “Nem posso falar o que passava pela minha cabeça quando ouvia aqueles bebês chorarem”.

Após esta perda, X ficou muito deprimida, pensava em morte todos os dias. Após seis meses adotou um bebê com 16 dias de vida. Quatro meses depois da adoção engravidou novamente. Na mesma época o seu marido foi preso e ela ficou só, com um bebê adotado e uma terceira gravidez. Referindo-se ao fato de não querer mais ter filhos, ela diz: “Não queria, mas pego gravidez muito fácil”. Nessa terceira gravidez X perdeu o bebê com 25 semanas, natimorto. X contou o que ouviu dos profissionais quando soube que o filho estava morto no ventre, pelo menos foi assim que ela registrou: “A médica disse pra mim: agora só outra gravidez! Virou pro enfermeiro e

disse: vamos tirar esse bebê logo... Eu queria que tirassem o bebê, não aguentava saber que estava com um morto na barriga”.

O parto foi induzido e depois de encerrado o procedimento, perguntaram-lhe se queria ver o bebê, mas ela não quis. Sem o marido por perto, seus pais enterraram o bebê contra a vontade dela, que ficou com muita raiva dos pais. Falou que não queria que eles participassem de sua tristeza: “Se não posso trazer alegria, vida, não quero trazer tristeza... temos que nos ocupar dos vivos, deixar os mortos pra lá.” Realizada a necropsopia, o laudo acusou corioamnionite aguda (um processo inflamatório agudo das membranas extraplacentárias, placa coriônica da placenta e cordão umbilical) que resultou em Hipóxia intrauterina, morte por asfixia, em função do rompimento da placenta.

Dois anos e quatro meses depois, ela engravida pela quarta vez, ocasião de nosso primeiro encontro. X conta que tudo transcorre normalmente em suas gestações até o quinto mês, quando ela começa a perder líquido. “Esse também vai morrer, é o que eu acho... Não quero falar com o bebê, não quero me apegar pra depois perder”. Tendo sido disponibilizado o atendimento individual, X compareceu apenas uma vez. Depois do quarto encontro X abandonou o grupo, permanecia no corredor, não entrava na sala em que as outras grávidas participavam do grupo. Quando convidada a entrar, disse que era um fardo que ela não queria dividir com ninguém. Nunca mais soube notícias dela. Na maternidade busquei informações, procurei saber se ela teve um filho nativo, mas não se identificou registro de parto desta paciente no HUB.

4.3.3 Discussão dos casos clínicos

A partir dos exemplos selecionados é possível apontar algumas características da dinâmica psíquica das gestantes. Parece ser específico daquelas que vivenciaram natimorto a dificuldade em identificar-se com a gestação e o bebê. Possivelmente essas mulheres não tiveram mães que favoreceram a identificação quando elas eram bebê e ainda hoje apresentam dificuldades com a construção do feminino e da maternidade (Langer, 1981).

Pode ser que o hiperinvestimento vigilante leve as mulheres, por defesa, a negarem o investimento na gestação. Pode-se identificar a recusa ao investimento em três momentos: fazer o enxoval, conversar com o bebê e nomeá-lo. Inicialmente, J não comprara nenhuma peça de roupa para seu bebê, enquanto X sempre se negara a investir no enxoval, desde a sua segunda gravidez. Tanto J como X não conversavam com o bebê, nem queriam saber o seu sexo ou escolher o nome para os filhos.

Montar o quarto, comprar as roupas, lavar, arrumar, dobrar e desdobrar pode ser uma forma de construir psiquicamente o filho que está no ventre (Mathelin, 1999). Nas duas mulheres parece que há dificuldade em relação a gestação, construção, de um espaço no psíquico para que o feto se constitua como sujeito. No grupo, J sinaliza que poderá edificar um espaço psíquico para este filho ao dispor-se a desinvestir do primeiro. Quando J teve seu primeiro filho natimorto, ele não foi registrado, ela havia escolhido o nome de Daniel. Desta forma, sempre que eu me referia ao seu filho, eu me referia ao Daniel, o que parece ter favorecido o desinvestimento no filho morto. No caso de X não houve oportunidade de um desinvestimento de nenhum dos filhos.

Após saber que estava grávida de uma menina, J começou a conversar com a filha e a nomeou, passando a interagir com a filha. Seguindo nossas orientações, em uma das primeiras conversas que J teve com sua filha contou-lhe a respeito de Daniel. Disse à filha, no ventre, que ela tivera um irmão, Daniel, e que a morte dele fizera J

sofrer, por isso ela estava tão desconfiada (palavra que J usou ao narrar o diálogo). Estas e outras conversas parecem ter oferecido subjetividade ao bebê, permitindo que ele fosse se construindo no psiquismo de sua mãe. Desta forma, J estava desinvestindo sua energia libidinal do filho morto e preocupando-se com sua filha. O estado de preocupação materna primária começava a surgir.

Pode-se entender que o desinvestimento dos filhos anteriores fora obstruído desde o início, quando elas não elaboraram o luto. Ambas as mães não viram seus filhos mortos, J porque não o levaram até ela e X por recusar-se a ver. A falta do princípio de realidade impede que o trabalho de luto comece (Bydlowski, 2007). Sem um corpo para velar no funeral, sem uma inscrição visível para relacionar este filho com a existência e sem um nome para a mãe localizar-se, o luto sofreria obstruções. Talvez considerar que ele não aconteça, como Bydlowski, seja uma afirmativa um tanto radical.

Outros aspectos que podem dificultar a elaboração do luto e a aceitação do novo filho é a falta de *holding* e de apoio social e familiar para com estas participantes. Tanto J quanto X tiveram dificuldades na elaboração do luto. Nos hospitais, faltou uma escuta acolhedora para que as mães enlutadas pudessem vivenciar suas dores. É possível entender que faltou um reconhecimento do luto, por ser este ainda invisível.

Inicialmente J teve dificuldade para desligar-se psiquicamente do traumatismo da morte do filho, e então dizia: “Não consigo esquecer o que aconteceu... tenho medo de que tudo aconteça outra vez.” Mas com o passar dos meses este quadro foi se transformando. O caso de J ilustra uma mulher que conseguiu superar o trauma pós-obstétrico: ao elaborar o luto, ainda que tardio; ao falar de sua dor para poder investir na nova gravidez, de forma mais livre, menos traumática. Falando dos sentimentos de culpa e fracasso, J abriu espaço para investir livremente em sua Victória. No caso de X, a ferida foi aberta e reaberta. Outro fator que cristalizou o trauma pós-obstétrico foi a

forma desrespeitosa com que se sentiu tratada durante e após os partos. A experiência de X em outras maternidades foi traumática, ela não se sentira cuidada, sentira-se jogada (palavra usada por ela). X ressentia-se pela forma como lhe foi comunicada a morte do último filho.

Ela conta, em uma sessão individual: “Até o quinto mês vai tudo bem... Depois o bebê morre e eu tenho que fazer um parto induzido. Fico lá no meio daquelas grávidas em trabalho de parto, elas vão com os filhos pra casa, eu não”. O seu fracasso foi exposto às mães bem-sucedidas. O trauma pós-obstétrico de X foi intensificado pela falta de um *holding* diferenciado para com a pessoa que tem filho natimorto. É importante que a equipe de saúde conheça a dinâmica emocional das mães que vivenciaram a experiência da perda. Seria interessante se as mães não-mães ficassem em um espaço próprio após o parto, longe de outras puérperas que maternam e amamentam seus filhos.

É importante que a mulher se sinta amparada e cuidada durante a gestação e o puerpério (Winnicott, 1967). À época dos encontros notava-se que J e X possuíam ambiente familiar e social distintos. J possui uma família cuidadora e sente-se apoiada pelo marido. O fato de J aceitar participar do grupo, falar sobre suas angústias, ter um *holding* no pré-natal, pedir ajuda ao grupo e ser atendida, parece ter contribuído para que ela superasse a perda e investisse na nova gestação. Enquanto X está só, com o filho adotivo para cuidar, ela não se sente apoiada pela família e não aceita ser cuidada no hospital. Durante a gestação, um ambiente de *holding* no hospital, de acolhimento da ambivalência, semelhante ao que oferecíamos no HUB.

Até onde acompanhei, X não conseguiu investir na gravidez em curso. Mesmo tendo adotado um bebê e estar maternando-o sozinha, é possível que ela ainda não tenha se autorizado ser mãe. O seu psiquismo parece não ter sido invadido pelo filho, que

permaneceu um estranho, não podendo tornar-se familiar. Com o seu narcisismo ainda abalado pelas perdas anteriores, é possível que X não se sinta segura para maternar o filho desde o ventre, o que obstruiria sua capacidade de tornar-se uma mãe. O luto não elaborado, não reconhecido socialmente, cristalizou a dor por uma perda invisível. Sua libido ficou bloqueada e ela estaria incapacitada a investir livremente em novos objetos. A culpa que X carrega por julgar-se incapaz de gerar um filho vivo a impediria de investir na esperança de sobrevivência deste novo filho. Assim, o estado de preocupação materna primária não se estabelece.

Uma das características da transparência psíquica é o fato de que em toda gestação a via onírica é estimulada. Os sonhos demonstram fortemente a permeabilidade psíquica no período gestacional (Bydlowski, 2007). No grupo do HUB, notou-se que as grávidas que vivenciaram trauma obstétrico narram sonhos ou com os filhos já grandes, criados, correndo, nadando, menos dependentes delas ou com dificuldades de materná-los. Os sonhos parecem estar relacionados com a capacidade de ser ou não uma boa mãe. Raramente se referem à má-formação do feto ou a dificuldades com o parto.

Por outro lado, nas gestantes em estudo os sonhos apresentam-se como pesadelos em relação ao bebê e revelariam o medo de reviver o trauma. Várias mulheres narraram pesadelos de má-formação ou morte dos bebês. Os sonhos de J com a má-formação de seu filho eram recorrentes. Ela sonha com o filho sem orelhas ou inerte, sua preocupação é com a saúde e vida do bebê.

O temor de reviver o trauma é tão intenso que inicialmente ela desacredita que o filho esteja bem. Compara a frequência dos movimentos de seu filho com os de sua cunhada: “O bebê dela mexe mais que o meu”. Apesar de os profissionais demonstrarem, pelos exames, que o bebê está bem, J não acredita. O bebê imaginário não corresponde ao bebê real que é visto no ultrassom. Bydlowski (2007) considera que

nunca os bebês dos sonhos correspondem à realidade fetal. De modo semelhante, X descredita que o bebê ficará bem até o final da gestação; para ela “este também morrerá”.

Sobre as suas lembranças infantis, que emergem neste período, uma das participantes disse: “Parece que na gravidez todos os meus traumas vieram à tona... Me lembro e choro, como se fosse ontem”, o que evidencia a transparência psíquica, característica do período gestacional. Mas nem sempre as lembranças são conscientes; houve relato sobre sentir profunda tristeza, chorar e não saber o porquê. Esse fluxo regressivo e rememorativo de representações demonstra a permeabilidade psíquica no período gestacional, comum a todas as gestantes.

Pode-se entender que a mulher que experimentou o trauma do natimorto vivencia a transparência psíquica de forma distinta em três aspectos: 1. superinvestimento hipervigilante (pelo medo constante de que tudo se repita em função do trauma pós-obstétrico); 2. em consequência disso ela se cala em público por vergonha do seu fracasso (mesmo que o bebê esteja em perigo); 3. qualidade e intensidade dos sonhos (pesadelos) e pensamentos recorrentes em relação ao perigo iminente, mesmo que fantasioso, de que tudo se repita.

Parece que as primigestas, mesmo quando em gestação de alto risco, investem de forma mais livre no filho, mas não de forma mais intensa. Conclui-se que o trauma pós-obstétrico por filho natimorto obstrui o livre investimento na nova gestação. Numa perspectiva psicanalítica não haveria, na gestação em curso, falta de investimento, como aponta a revisão de literatura (Armstrong & Hutti, 1998; Freire & Chatelard, 2009), mas um hiperinvestimento vigilante e silencioso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante os 18 meses em que aconteceram os encontros semanais do pré-natal do HUB, inquietava-me por conhecer mais sobre os processos psíquicos gestacionais. Ao dedicar-me a este tema percebi que havia diferenças na forma como as gestantes investiam na gestação. Passei então a ficar atenta às mulheres que, no passado, sofreram abortos espontâneos, natimortos ou morte neonatal dos filhos. Porém, meu interesse de estudo ainda era amplo.

Ao iniciar o mestrado busquei restringir meu objeto de estudo. Revisitando as pesquisas acerca desta temática, percebi que em sua maioria elas incluíam em um mesmo grupo todas as perdas gestacionais. Poucos estudos investigavam as consequências de um filho natimorto no psiquismo da gestante. Assim, fiz esta escolha. Claro que o fato de ter vivenciado um natimorto na família colaborou, apesar de a tomada de consciência desse fato ser posterior à decisão.

Então, eu queria entender como a mulher que teve filho natimorto vivencia uma nova gestação. As possibilidades para desenvolver este estudo eram muitas. Porém, optei por recortar a investigação no conceito de transparência psíquica, o que justificou todos os capítulos anteriores ao último.

Em função do grande número de pacientes nos hospitais, o trabalho em grupo apresenta-se como uma possibilidade de atendimento que contempla um grande número de pessoas. Por outro lado, não permite aprofundar em alguns casos que necessitam de um acompanhamento individual. Para além do trabalho em grupo, entendo como

essencial uma análise individual para que a grávida possa tratar esses traumas que vêm à tona e não podem ser tratados em grupo. Sou de opinião que a mulher que vivenciou natimorto tenha acesso a análise individual para que, como sugere Winnicott, ela se sinta acolhida em sua ambivalência e seus temores. Com o manejo terapêutico a permeabilidade psíquica poderá favorecer o livre investimento na nova gestação e não obstruí-lo.

O objetivo inicial desta pesquisa foi alcançado, pois a investigação concluiu como ocorreu a transparência psíquica em nova gestação após natimorto, nesse grupo em estudo, pois sabe-se que cada caso é um caso. Porém, muitos temas levantados no grupo ficaram à beira do caminho, não sendo contemplados neste trabalho. Um tema que ficou perdido ao longo deste estudo foi a relação da avó do bebê com a gestação de sua filha. No HUB era comum a mãe acompanhar a filha gestante. Nesses casos as filhas grávidas se calavam enquanto as mães falavam da gestação da filha, recordando a gravidez e o parto da filha que agora também seria mãe. Várias avós, referindo-se a algum fato da sua gestação no passado, disseram: “eu não lembrava mais disso”. Parece existir uma permeabilidade psíquica nas futuras avós da família. A possibilidade de uma transparência psíquica nas avós maternas pode ser outra pesquisa.

Dentre muitos outros percursos teóricos possíveis, quero ressaltar a questão do desejo de filho e o papel que um filho morto desempenha para cada mulher que o teve. Ao contrário da vontade declarada, os desejos são inconscientes. Toda gravidez pressupõe o desejo de ser mãe, ainda que ambivalente; desta forma o desejo é um aspecto relevante no psiquismo da mulher. Observei uma carência de estudos psicanalíticos sobre o desejo de filho. Quando citado, o tema desejo limita-se a poucos parágrafos. Em alguns casos a mulher insiste em engravidar novamente expondo-se a

tratamentos e repouso durante toda a gestação. Haveria alguma influência do psiquismo materno na repetição da incapacidade de sustentar o desejo de (um) filho?

Entendo que o desejo recorrente de filho, o qual leva a mulher a insistir em novas gravidezes, deve ser investigado por trabalhos futuros. Um caminho possível, e não contemplado neste trabalho, mas que considero extremamente relevante, seria estudar sobre a compulsão à repetição e o masoquismo (Freud, 1920/1996). As perdas recorrentes são situações desagradáveis que se repetem, que passam fora do registro do prazer. Considerando que a pulsão (de morte), como tensão, busca sua satisfação, no estudo do psiquismo materno em condição de óbito fetal recorrente poder-se-ia estudar o papel do masoquismo e do sadismo nesta situação particular. A pulsão parte do próprio *eu* para o objeto, o que subentende que de alguma forma há uma volta da pulsão contra o próprio *eu*, o feto. Certamente seria outro trabalho, quiçá para o doutorado.

O significado do natimorto no psiquismo materno ainda é uma interrogação. Este filho que vem para morrer, em alguns casos repetidamente, teria algum significado? De acordo com Groddeck, citado por Bydlowski (2007), as mulheres que odeiam suas mães, geralmente, não têm filhos, pois o ódio não permitiria que ela se inscrevesse na continuidade. Haveria relação entre a incapacidade de tornar-se mãe e a relação da gestante com a sua mãe? Bydlowski (2007) considera que o aborto tem frequentemente esse sentido, de matar a mãe dentro de si mesma. Então, o que morre, ou se deseja matar, no psiquismo quando um filho morre ainda no ventre?

Em relação à forma como a mulher vivencia o luto por natimorto fica uma incógnita: haveria uma estrutura melancólica nas mulheres que permanecem no enlutamento melancólico? Por que algumas mulheres como J tornam-se capazes de desinvestir do filho morto e construir um espaço para o novo filho, enquanto outras,

como X, insistem em novas gestações e não são capazes de superar o luto e investir livremente em um filho futuro?

Pouco se pesquisa sobre a influência das perdas anteriores na gestação em curso. A cobrança social pela maternidade, os sentimentos de fracasso, incompetência, medo e desamparo vividos repetidas vezes após três, quatro ou mais perdas fetais, poderiam influenciar na ocorrência de novas perdas fetais. O fato de a mulher não se autorizar a ser mãe, em função das perdas anteriores, não permitiria que ela sustentasse o desejo de filho e que a gravidez chegasse a termo. Por medo de reviver o luto, as gestantes apresentariam defesas, dificultando a identificação e o investimento no novo filho que espera.

Em função de este trabalho visar compreender os processos psíquicos da gestante não foi possível alcançar questões relativas ao bebê da fantasmática parental. Como o casal que vivencia um filho natimorto espera e deseja um novo filho? Certamente o pai também sofre abalos em seu narcisismo. Outra pesquisa poderia investigar o modo como os pais, juntos, investem na nova gestação.

Proponho uma visão multideterminada da etiologia das perdas fetais habituais, investigando com maior profundidade questões psíquicas envolvidas nos óbitos fetais recorrentes e no desejo insistente de outro filho. Percebe-se a falta de um “lugar” (não apenas um espaço físico, mas um lugar de reconhecimento social) para que a mãe vivencie o luto. Além do princípio de realidade, outros fatores dificultam a elaboração do luto: a falta de reconhecimento social do luto por óbito fetal (pela família, pelos profissionais da saúde); a carência de iniciativa pública destinada ao enfrentamento dos problemas de saúde da mulher no cuidado com o puerpério. Em casos de perdas recorrentes e desejos frustrados, as mães estão ainda mais vulneráveis, sensíveis e carentes de um acolhimento adequado. Sugere-se que o tratamento psicoterápico não se

limite à mulher em nova gestação, mas que ainda no puerpério, no luto pelo primeiro natimorto a mulher já entre em análise. Seguramente o luto será mais bem elaborado, o que poderá viabilizar que o desejo de filho se realize no futuro.

O natimorto ainda representa uma morte invisível, mas muitas luzes têm se voltado para ele e sua mãe nos últimos anos. Histórias como as apresentadas neste estudo se repetem diariamente nos hospitais brasileiros. Uma investigação detalhada do óbito infantil, de modo a compreendê-lo para além de seu significado numérico e documental, é de fundamental importância como subsídio para o adequado planejamento de intervenções. O sofrimento psíquico materno necessita de um olhar diferenciado dos familiares, da sociedade e dos profissionais de saúde. Enquanto não há uma atenção especial a estas mulheres, percebe-se que a ferida narcísica de muitas permanece aberta, porque invisível a quase todos, não é cuidada.

Concluo este trabalho convicta de que o tema possui um relevante valor científico e social. Que esta investigação possa iluminar novas pesquisas em várias áreas da ciência, neste campo ainda tão obscuro. Nos hospitais a gestante tem o ginecologista-obstetra para cuidar de seu corpo e o filho nativo é atendido por um pediatra. Porém, quando há um natimorto, quem acolhe a mãe em seu sofrimento, seu luto? Quando em nova gravidez, quem acolhe a gestante em sua transparência psíquica e trauma pós-obstétrico? Se ela sofreu trauma pós-obstétrico, necessita ainda mais de um *holding*. Este pode ser o lugar do analista na clínica da maternidade das mulheres não-mães.

REFERÊNCIAS

- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Aragão, R. O. (2004). Narcisismo materno e criação do espaço psíquico para o bebê, in: *O bebê, o corpo e a linguagem*, pp. 91-101. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aragão, R. O. (2007). *A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê*. Dissertação de Mestrado, laboratório de Psicopatologia Fundamental, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- Ariès, P. (1978). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Aristóteles. (1998). *O homem de gênio e a melancolia: o problema 30*. Rio de Janeiro: Lacerda.
- Armstrong, D., & Hutti, M. (1998). Pregnancy after Perinatal loss: The relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 27, March/April, 183-189. Recuperado em 11 de julho de 2011, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02609.x/abstract>
- Assunção, A., & Tocci, H. (2003). Repercussão emocional do aborto espontâneo. *Revista de Enfermagem UNISA*, 4, 5-12.
- Badenhorst, W., Reiches, S., Turton, P., & Hughes, P. (2006). The psychological effects do stillbirth and neonatal death on fathers: systematic review. *Journal of psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(4), pp. 245-256.
- Badinter. E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Barini, R., Couto, E., Mota, M., Santos, C., Leiber, S., & Batista, S. (2000). Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. *RBGO: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 22(4), pp. 217- 223.
- Bloch, M., Rotenberg N., Koren D., Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord*, 88 (1) pp. 9-18. Em 13 de abril de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15979150>
- Brin, D. (2004). The use of ritual in grieving for a miscarriage or stillbirth. *Women & Therapy*, 27 (3/4), pp. 123-132.
- Buarque de Holanda, C. (1979). *Pedaço de mim. Ópera do Malandro*. [gravado por Chico Buarque]. Universal.
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: Transparência Psíquica e representação do objeto interno. Em: Corrêa Filho, L; Corrêa, M & França, P.

- (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. (pp. 205-214). Brasília: L.G.E. Editora.
- Bydlowski, M. & Golse, B. (2002). Da Transparência Psíquica à Preocupação Materna Primária: uma via de objetualização. Em: Corrêa Filho, L; Corrêa, M & França, P. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. (pp. 215-220). Brasília: L.G.E. Editora.
- Bydlowski, M. (2007). *La Deuda de Vida: itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Brochard, A. T. (1872). *De l'amour maternel*. Paris: Evrard.
- Camacho, R.S., Cantinelli, F.S., Ribeiro, C.S, Cantilino, A, Gonsales, B. K., Braguittoni, E. et al. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), pp. 92-102. Recuperado em 11 de abril de 2012. De <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>
- Carneiro, S. (2006). *Lágrimas no berço: luto familiar por natimorto*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Costa, J. (2006). *Transparência Psíquica: experiência de transformação materna, uma perspectiva psicanalítica*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- D'Incao, M. A. (2006). Mulher e família burguesa. In: Del Priore, M. (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto.
- Duarte, C. (2008). *Fica um grande vazio: relatos de mulheres que vivenciaram a perda fetal na gestação, atendidas em um hospital brasileiro*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, São Paulo.
- Espíndola, A., Benute, G., Carvalho, M., & Pinto, K. (2006). Crenças sobre gestação, parto e maternidade em mulheres gestantes com histórico de abortamento habitual. *Psicologia hospitalar*, 4. Recuperado em 11 de novembro de 2010, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092006000100004&lng=pt&nrm=iso
- Folino, C. (2008). *Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Fraen, F., Cacciatore, J., McClure, E., Kuti, O., Jokhio, A., Islan, M., Shiffman, J. (2011). Stillbirths: why they matter. *The Lancet*, 377, pp. 1353-1366. Recuperado em 07 de junho de 2011, de <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610622325.pdf?id=4d037fefcb72946c:-32241060:130703535c3:23401307556715688>

- Freire, T., & Chatelard, D. (2009). É o aborto uma dor narcísica irreparável? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9 (3), pp. 1007-1022.
- Freud, S. (1996). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Rascunho G. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 1, pp. 246-252). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1996). Carta 52. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 1, pp. 281-288). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896).
- Freud (1996). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 2, pp. 39-53). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893).
- Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. Regressão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 5, pp. 569-585). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 7, pp. 183-195). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 14, pp. 81-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 14, pp. 249-263). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (1996). Reflexões para o tempo de guerra e morte. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 14, pp. 285-289). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996). Conferência XXVI: Fixação em traumas – O inconsciente. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 16, pp. 281-292). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-1917).
- Freud, S. (1996). O estranho. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 17, pp. 237-269). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (1996). Conferência XXVI: A teoria da libido e o narcisismo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 16, pp. 413-431). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-1917).

- Freud, S. (1996). Psicologia de grupo e análise do ego. Cap. VII, A identificação. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 18, pp. 115-120). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921).
- Freud, S. (1996b). A organização genital infantil. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 19, pp. 157-161). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1996). A dissolução do complexo de Édipo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 19, pp. 193-199). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (1996). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 19, pp. 277-286). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1925).
- Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade: Ansiedade, dor e luto. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 20, pp. 164-167). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (1996). Sexualidade feminina. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 21, pp. 233-251). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931).
- Freud, S. (1996). Conferência XXXIII: Feminilidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 22, pp. 113-134). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933[1932]).
- Freud, S. (1996). Análise terminável e interminável. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 22, pp. 225-270). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (2004). À Guisa de Introdução ao narcisismo. In: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago. Tradução de Luiz Alberto Hans (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2006). Luto e melancolia. In: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*, vol. 2. Rio de Janeiro: Imago, pp. 103-116. (Trabalho original publicado em 1917).
- Gotlib I. H., Whiffen V. E., Wallace P. M., Mount J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 122-132. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1991-24413-001>,
- Goulart, L., Somarriba, M., & Xavier, C. (2005). A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3). Recuperado em 17 de novembro de 2010, de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300005&lng=en&nrm=iso.

- Green, A. (2003). *Winnicott Póstumo: ensaio sobre a natureza humana*. São Paulo: Rocca.
- Groddeck, G. (1963). *Le livre du ça*. Paris: Gallimard.
- Haynal, A., & Pasini, W. (1983). *Manual de medicina psicossomática*. São Paulo: Masson.
- Ianconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 10, 614-623.
- Jutel, A. (2006). What's in the name? Death before birth. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), 425-434. Recuperado em 02 de junho de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=jutel%20name%20death>
- Lacan, J. (1978). *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1954).
- Langer, M. (1981). *Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1985). *Vocabulário da psicanálise*. Lisboa, Portugal: Martins Fontes Editora. (Original Publicado em 1967).
- Lawn, J., Blencowe, H., Pattinson, R., Cousens, S., Kumar, R., Ibiebele, I. et al. (2011). Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *The Lancet*, 377, pp. 1448-1463. Recuperado em 10 de julho de 2011, de <http://www.thelancet.com/search/results?searchTerm=stanton&fieldName=Authors&journalFromWhichSearchStarted=>
- Lebovici, S. (1987). *O bebê a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Lispector, C. (2005). A opinião de um analista sobre mim. In: *Aprendendo a viver*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Machado, M. (2011). *O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília.
- Maldonado, M. (1985). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério* (8. ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Marson, A. (2008). Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11(1), pp. 161-169.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.

- Quayle, J. (1985). *Aspectos psicológicos em casos de abortamento espontâneo habitual*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. Londres: Chapman & Hall.
- Robson, S., Líder, L., Caro, K., & Bennett, M. (2009). Women's expectations of management in their next pregnancy after an unexplained stillbirth: an Internet-based empirical study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.*, 49(6), pp. 642-646.
- Rodrigues, M. (2001). O diagnóstico da depressão. *Psicologia USP*, vol. IX, n. 1. São Paulo: IP-USP.
- Rosa, João Guimarães (2001). O espelho. In *Primeiras estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, pp. 119. (Trabalho original publicado em 1962).
- Rousseau, J. (2004). *Emílio* (3. ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1762).
- Roudinesco, E. & Plon, M. *Dicionário de psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- Santos, A., Rosenburg, C., & Buralli, K. (2004). Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), pp. 268-276.
- Schmidt, E., Piccoloto, N., & Muller, M. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico USF*, 10 (1), pp. 61-68.
- Schupp, T. (2001). *Óbito fetal em um hospital universitário*. Dissertação de Mestrado, Medicina, Obstetrícia e Ginecologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Serrurier, C. (1993). *Elogio às mães más*. São Paulo: Summus.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Soihet, R. (2006). Mulheres pobres e violência no Brasil. In: Del Priore, M. (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto.
- Souza, C. A., Burtet, C. M. & Busnello, E. A. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. *Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia*, 17(1), 38-47.
- Stanton, C., Lawn, J., Rahman, H., Wilczynska-Ketende, K., & Hill, K. (2006). Stillbirth rates: Delivering estimates in 190 countries. *The Lancet*, 367(9521), 1487-1494. Recuperado em 02 de junho de 2011, de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68586-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68586-3/abstract)
- Stern, D.N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Sutan, R., Amin, R., Ariffin, K., Teng, T., Kamal, M. & Rusli, R. (2010). Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. *Biomedicine & Biotechnology*, 11(3), 209-217. Recuperado em 02 de junho de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=sutan%20perinatal%20loss>
- Szejer, M. (1999). *A escuta psicanalítica dos bebês em maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Szejer, M. (2002). Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. Em: Corrêa Filho, L; Corrêa, M & França, P. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. (pp. 188-204). Brasília: L.G.E. Editora.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Trindade, Z., & Enumo, S. (2002). Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. *Psicologia USP*, 13(2), 151-182.
- Tustin, F. (1975). *Autismo e psicose infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. (2005). A família afetada pela patologia depressiva. In *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, pp. 50-60. (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, pp. 374-392. (Trabalho original publicado em 1954).
- Winnicott, D. (1994). A mãe dedicada comum. In *Os bebês e suas mães*. São Paulo, Martins Fontes, pp. 1-12. (Trabalho original publicado em 1966).
- Winnicott, D. (1993). Preocupação materna primária. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, pp. 399-405. (Trabalho original publicado em 1956).
- Winnicott, D. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processos de maturação*. São Paulo: Artmed, pp. 38-54. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. (1983). Psicanálise do sentimento de culpa. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artmed, pp. 19-30. (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D. (1983). O desenvolvimento da capacidade de preocupar-se. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artmed, pp. 70-78. (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. (1975). Objeto transicional e fenômeno transicional. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, pp. 13-44. (Trabalho original publicado em 1971)

- Winnicott, D. (1967). La relación inicial de una madre con su bebé. In *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires, Ediciones Hormé, pp. 29-35.
- Wisborg, K., Barklin, A., Hedegaard, M. & Henriksen, T. (2008). Psychological stress during pregnancy and stillbirth: prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115, pp. 882-885.
- Zalberg, M. (2003). *A relação mãe filha*. Rio de Janeiro: Campus.