

## 1. INTRODUÇÃO

Para a psicanálise, o feminino sempre foi, desde Freud, questão de grandes elaborações teóricas. Neste trabalho nos restringiremos a relatar alguns destes desdobramentos na área da saúde pública e a questionar o campo do materno-infantil através da leitura psicanalítica.

A pesquisa sobre a relação mãe-bebê esteve sempre presente em meus estudos. Também sempre foi um tema caro à psicanálise. Há 29 anos, como conclusão do curso de graduação acadêmica, produzi como monografia o tema *O primeiro ano de vida do bebê* e hoje, com este trabalho, pretendo avançar mais no meu percurso em relação ao desejo do analista, lançando-me à busca de maior entendimento da constituição do sujeito e das vicissitudes do inconsciente. Como psicanalista, que me autorizo nomear, após longos anos de formação psicanalítica, análise pessoal, supervisão lacaniana e atuando em clínica privada e instituições, venho questionando mais sobre os limites do campo da psicanálise e suas articulações com outros saberes.

Por mais de quinze anos, alocada na área de saúde do município de São Gonçalo, coordeno junto ao PAISMCA (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente), o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento – que abrange pré-natal, parto e puerpério, com atividades como implantação do programa, treinamento e supervisão das equipes que atuam nas unidades de atenção básica, maternidades públicas e conveniadas ao SUS. Paulatinamente, realizei uma pós-graduação em Metodologia Científica na UFF (Universidade Federal Fluminense) e outra em Gestão Materno-Infantil na FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Participei também como representante do município do Grupo Técnico de Aleitamento do Estado do Rio de Janeiro; fiz o curso de capacitação em IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança), o treinamento do Método Canguru e elaborei um projeto para pré-natal de risco que

ora encontra-se implantado no espaço ambulatorial da maternidade Luís Palmier, como referência às unidades que realizam pré-natal na rede básica de atendimento ao PSF (Programa Saúde da Família) – unidades pólos.

Devo mencionar que faço parte ainda do grupo técnico que realiza a investigação de óbitos maternos e infantis daquele município. No serviço público, minha grande tarefa, aquela que me é atribuída de direito pelo SUS e que me leva a elaborar projetos, treinamentos e trabalhos escritos, é a de ocupar o lugar de facilitadora da promoção de saúde e proporcionar meios para que o profissional de saúde possa ser um facilitador do processo do nascimento humano. Esta tarefa tem me conduzido a ocupar muitos lugares em que o contexto mãe e criança estão contemplados. Participo efetivamente como conselheira representante governamental dentro do CMDCA (Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente) onde tenho como tarefas: supervisionar escolas de ensino infantil e entidades que almejam cadastramento no município para receber recursos que se destinam ao seu funcionamento, bem como elaborar e aprovar projetos.

O campo materno-infantil possibilita várias inserções. Desta maneira, minha inclusão e participação têm ocorrido também de forma ativa na área que se destina aos cuidados com crianças vítimas de violência. Juntamente com uma equipe, venho desenvolvendo fichas de notificação que havíamos elaborado e implantado. Realizamos discussões com as equipes de órgãos como Sentinela, NEACA (Núcleo Especial de Atendimento à Criança e ao Adolescentes Víctima de Violência Doméstica em Sexual), Ministério Público, FIA (Fundação para a Infância e Adolescência), etc. para composição de fluxo de atendimento e questionamentos de diretrizes operacionais aos serviços de atendimento às vítimas de maus-tratos.

Na dimensão que o assunto materno-infantil favorece as pesquisas, acabei por me inserir e participo, há 15 anos, da ABENEPI (Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil). Já fiz parte de uma gestão diretora bem como sempre participei como palestrante de seus congressos. Sou ainda membro de

sua CSP (Comissão de Saúde Primária) da ABENEPI/RJ, fazendo parte das equipes de estudos e sendo efetivo organizador e docente dos cursos de Capacitação em Saúde Mental para Intervenções Precoces, que têm ocorrido anualmente desde 2002.

Logo, a escolha do tema Maternidade deve-se ao fato de que, por estar submetida, enquanto psicanalista, ao campo do inconsciente, e trabalhando com a saúde pública em relação à saúde da mulher e da criança, venho questionando sobre como podemos lidar com paradigmas tão diferentes. Como pode o psicanalista, que trabalha com a singularidade do inconsciente, estar referido à saúde coletiva? Este trabalho tem como prioridade articular em seus capítulos a abordagem da psicanálise e da saúde pública e tentar articular pontos facilitadores de interseção a fim de acrescentar à enorme pesquisa da saúde pública algum diferencial no que diz respeito ao lugar da mãe.

O primeiro capítulo será destinado à descrição do caminho percorrido pelos pesquisadores dos órgãos de saúde para implementação das políticas públicas de atendimento à mulher e à criança. No segundo capítulo, a abordagem visa à pesquisa psicanalítica a partir da leitura de Freud e de toda a elaboração do conceito de função materna como corte a qualquer possibilidade de pensarmos a maternidade como algo do instinto. No terceiro capítulo, é dada ao leitor a possibilidade de continuar a pesquisa da elaboração inconsciente, da construção do lugar de mãe através da leitura de Lacan, em que há um maior aprofundamento da função paterna. Por fim, chegamos à conclusão com algumas reflexões e nova abertura de questões, pois a pesquisa psicanalítica, por tratar do ser falante, é interminável, uma vez que o inconsciente é inesgotável. Ao psicanalista, na instituição, cabe fazer valer o questionamento e o deixar falar.

Como produto final, já que este mestrado tem o caráter de ser profissional, elaboramos um programa de treinamento para os profissionais de saúde pública com o objetivo de fazer a inclusão do sujeito do inconsciente nos programas de assistência à saúde da mulher e da criança, priorizando o atendimento ao pré-

natal. Este material não pretende ofertar respostas nem ser um material orientador do profissional, mas ser um facilitador de releituras de suas práticas a partir da evidência do inconsciente.

## 2. A SAÚDE PÚBLICA E SEUS PROGRAMAS PARA A MATERNIDADE

*Como é por dentro outra pessoa  
Quem é que o saberá sonhar?  
A alma de outrem é outro universo  
Com que não há comunicação possível,  
Com que não há verdadeiro entendimento.*

*Nada sabemos da alma  
Senão da nossa;  
As dos outros são olhares,  
São gestos, são palavras,  
Com a suposição de qualquer semelhança  
No fundo.*

Fernando Pessoa

### 2.1 SAÚDE X DOENÇA

Quando pensamos em saúde e seu contraponto, a doença, é sempre importante não esquecermos de situar a que campo de pesquisa estamos referidos conceitualmente. O campo da medicina, por exemplo, conceitua a saúde e a doença de forma empírica, reduzindo-as ao plano fenomênico e individualizado da causalidade etiológica. Recorre a métodos empírico-analíticos

(estrutural-funcionalistas) e fenomenológicos e institui a patologia admitindo melhorias pontuais e graduais capazes de serem descritas e/ou quantificadas.

George Canguilhem (1943), em sua tese *O normal e o patológico*, publicada originalmente em 1966, cita Leriche<sup>1</sup> (1936) quando este diz que “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos. [...] a doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer” (LERICHE *apud* CANGUILHEM, 1982: 67). Em outros termos, saúde é a inconsciência do corpo, sendo a sua consciência despertada pelos limites impostos à saúde, ou seja, pela doença, seus sofrimentos e suas dores. Este é um entendimento que Canguilhem endossaria, na medida em que esta é uma definição de doença que deriva do doente e não do médico. (LERICHE *apud* CANGUILHEM, 1982: p. 158). Para o primeiro, a saúde, “[...] em seu sentido absoluto, nada mais é que a indeterminação inicial da capacidade de instituição de novas normas biológicas” (CANGUILHEM, 1982: p.158). Ele introduz a questão da saúde e da doença associadas às noções de normal, anormal e patológico. Canguilhem interpreta a Medicina como “uma técnica ou uma arte situada na confluência de várias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita. [...] uma técnica de instauração e restauração do normal, que não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento” (CANGUILHEM, 1982: 16). Para ele, a doença pode ser uma norma biológica e conseqüentemente, o estado patológico não deve ser considerado anormal no sentido absoluto, mas apenas na relação com uma situação singular. Afirma ainda que “Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais” (CANGUILHEM, 1982: p.158). Uma característica de saúde é, segundo ele, “a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas. [...] A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 1982: p.156). Através dele, entendemos que o estado patológico ou anormal não está

---

<sup>1</sup> contemporâneo de Canguilhem, cirurgião, professor do Collège de France, e autor de diversos livros e artigos, dentre os quais um verbete sobre saúde e doença destinado à Encyclopédie Française.

referido à ausência de normas, porque “A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida. O ser vivo doente está normatizado em condições bem definidas e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes” (CANGUILHEM, 1982: p.146). Conclui-se, com ele, que o normal, o saudável, é aquele que cria um modo possível de elaborar a diferença.

Se nos dirigirmos ao seu significado, vemos que “norma” é uma palavra que advém do latim e que significa esquadro, e *normalis* em latim corresponde a perpendicular. Logo a norma retifica, corrige o que está fora do padrão. A idéia de normalização foi contemporânea das grandes reformas do século XIX, tanto política e econômica quanto pedagógica e hospitalar. Em fins do século XVIII, já ocorria um olhar mais detalhado em busca do que se encontrava fora da normalidade em relação à “verdade” do sexo, ou seja, do que era esperado encontrar como resultante da diferença sexual e de sua reprodução. No século XIX, esta busca tornou-se mais científica. A noção de ciência passou a ser questionada e, conseqüentemente, o conceito de normal em saúde também. Na Biologia, Darwin (1871) trouxe a possibilidade de nos percebermos como macacos mais evoluídos e introduziu as referências classificatórias dos seres vivos. Mendel (1865) descobriu as leis fundamentais da genética, teorias que, hoje em dia, têm vasta utilização na Medicina, trazendo um novo olhar para a saúde. A ciência ficara reduzida ao campo de detenção da verdade. “Penso, logo existo”, este pensamento era a lógica que detinha a verdade. René Descartes (1637), seu autor, ao defender que a mente e o corpo eram fatores dissociados, excluía o sujeito do campo da ciência. Foi apenas no século XX que Freud, ao introduzir o conceito de pulsão, colocou-o como conceito limite entre o somático e o psíquico, fazendo com que a idéia da pulsão novamente reunisse corpo e pensamento. Com esse conceito, Freud acabou com a primazia da consciência. A razão mudou depois de Freud. Ele dizia que a pulsão está no corpo, mas sua representação está no psíquico. Freud revolucionou o pensamento da época com a criação da Psicanálise. Para ele, há uma razão que não é a “desrazão” e que se chama

inconsciente. A lógica inconsciente não é a lógica clássica. É a lógica do paradoxo regida pelo princípio da não-contradição, na qual duas coisas completamente opostas podem conviver lado a lado como verdades. O humano é o sujeito da dualidade; porta ambivalências. A psicanálise é a prática da verdade como causa. A verdade, para o ser falante, é que há um furo onde deveria haver a inscrição do sexo. A verdade é que o humano sofre daquilo que Freud nomeou de castração, a falta de um significante que defina o ser, visto que, para a psicanálise, o que define a sexualidade de um ser não é o encontro dos cromossomos **X** com o **Y** ou do **X** com o **X**, mas uma relação lógica de como o sujeito se localiza na dinâmica psíquica da condição feminina e masculina.

Foi também nesse século que Michel Foucault (1926-1984)<sup>2</sup>, propondo abordagens inovadoras para entender as instituições e os sistemas de pensamento, tornou-se referência no campo do conhecimento, pois, segundo ele, as pessoas são atravessadas por relações de poder que reprimem bem como produzem efeitos de verdade e saber. Essa filosofia muito contribuiu para uma nova perspectiva no campo das pesquisas. Lacan (1951), com sua noção de sujeito diferente de indivíduo, embasado nas teorias freudianas, subverte o cogito cartesiano e afirma que a existência do sujeito está exatamente onde o Eu não pensa. É com ele que a noção de sujeito do inconsciente é mais bem esclarecida:

O inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre o sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante. Isto marca bem, que com o termo sujeito – é por isso que o lembrei uma origem – não designamos o substrato vivo de que precisa o fenômeno subjetivo, nem qualquer espécie de substância, nem qualquer ser do conhecimento em sua patia, segunda ou primitiva, nem mesmo o logos que se encarnaria em alguma parte, mas o sujeito cartesiano, que aparece no momento em que a dúvida se reconhece como certeza – só que, pela nossa abordagem, as bases desse sujeito se revelam bem mais largas, mas, ao mesmo tempo, bem mais servas quanto à certeza que ele rateia. É isto que é o inconsciente (LACAN,1988: p.122).

---

<sup>2</sup> Nascido na França em 1926, Michel Foucault foi diretor do Instituto Francês em Hamburgo e do Instituto de Filosofia da Faculdade de Letras da Universidade de Clermont-Ferrand. Lecionou no Collège de France, sobre a História dos Sistemas de Pensamento. Em 1984, ano de sua morte, era considerado o mais importante pensador da França. Seus estudos sobre a penalidade, a loucura, a sexualidade, tiveram impacto decisivo em áreas tão diversas quanto a história, a medicina, a psiquiatria, a crítica literária, a política e a filosofia.

O sujeito, objeto da pesquisa psicanalítica, é diferente do indivíduo, porque ele está referido ao campo da linguagem e não ao campo do orgânico. Lacan dá ênfase à fala e à linguagem esclarecendo melhor que o material da psicanálise é o material sonoro. O inconsciente é feito deste imaterial-material; de uma materialidade significante, de representações desta imaterialidade.

Para falar, é preciso estar num social, é preciso pertencer a uma cultura. O sujeito depende do campo da linguagem para se constituir. Ele surge de forma singular da relação com o seu primeiro referencial na língua. Ele é efeito do discurso do Outro. Em Lacan, encontramos melhor esta definição: “Se o pegamos em seu nascimento no campo do Outro, a característica do sujeito do inconsciente é de estar, sob o significante que desenvolve suas redes, suas cadeias e sua história, num lugar indeterminado” (LACAN, 1988: p.198). Como a língua não está completa em ninguém, sempre se tem algo a dizer sobre alguma coisa. Essa é a falta necessária para se entrar na linguagem. Sempre há algo que falta na cadeia discursiva e sempre há algo do Outro no discurso. A psicanálise mostra que a linguagem não tem função de comunicação, mas de mal-entendido, onde surge o sujeito. A linguagem é o terreno do mal-entendido.

A medicina, por estar referida ao conjunto de manifestações que se dão a ver, ao fenomenológico, deixa de fora o sujeito do inconsciente, o qual não se dá a ver. Em seu livro *Mulheres Históricas*, a psicanalista Vera Pollo (2003) verifica que:

A medicina dita científica localiza o verdadeiro ponto de partida do saber médico em Tratado do Homem, de René Descartes (séc. XVII), considerando-o a cisão com o mito. Para a psicanálise, sobretudo após o ensino de Jacques Lacan (1901-1981), o cogito cartesiano é considerado também a introdução de um novo conceito de ciência no qual certeza e verdade, pela primeira vez, comparecem disjuntas. [...] Os cogitos freudiano e cartesiano, contudo, não são equivalentes, pois este mascara a falha que aquele toma a seu encargo ( 2003: p.14).

O sujeito age. É preciso buscá-lo através da fala ou reconhecê-lo nas formações do inconsciente — sonhos, atos falhos, chistes, lapsos e sintomas — tão bem esclarecidas na teoria freudiana. A articulação do sujeito no campo da linguagem com o Outro que porta a alteridade e com o objeto de seu desejo é o que, na psicanálise, aponta para a questão da “saúde” e/ou da “doença”. No texto *O mal-estar na civilização*, Freud esclarece:

[...] o que decide o propósito da vida é simplesmente o programa do princípio do prazer. Esse princípio domina o funcionamento do aparelho psíquico desde o início. Não pode haver dúvida sobre sua eficácia, ainda que o seu programa se encontre em desacordo com o mundo inteiro, tanto o macrocosmo quanto com o microcosmo. Não há possibilidade alguma de ele ser executado; todas as normas do universo são-lhe contrárias. Ficamos inclinados a dizer que a intenção de que o homem seja ‘feliz’ não se acha incluída no plano da ‘Criação’ (1997: p.24).

Especificamente para a psicanálise, que tem como causalidade o psiquismo, a saúde refere-se ao campo do inconsciente, recorrendo, enquanto método investigativo, à técnica da associação livre, em que o instrumento fundamental de trabalho é a palavra. No texto, Freud mostra ainda como o adoecimento, a que ele chama de neurose, é condição inexorável do processo de civilização. Segundo ele, a cultura exige um controle das forças pulsionais, forças próprias do ser falante, que se destinariam ao alívio da tensão na busca da realização do prazer. Freud aponta a forte tendência humana à destruição e o *quantum* de energia o humano precisa canalizar em função de uma vida em grupo. Ele, raríssimas vezes, utiliza-se do termo “normal” e deixa claro que normalizar é impor à existência uma exigência, que é contrária ao que portamos de mais íntimo: a tendência à agressividade. Ela está na origem humana. Há uma cruel agressividade como fator primário, inerente ao humano, porém imprópria à civilização. “*Homo hominis lupus*” — Homem lobo do homem — (PLAUTO *apud* FREUD, 1997: p. 32). É preciso uma força contrária operando para contê-la, inibi-la. A esta força ele chama de amor. Esta força de contenção instala o **recalque** —

operação organizadora da estrutura psíquica que está ligada à lei de fundação do inconsciente. Só assim, o amor, elemento necessário à civilização, pode se estabelecer. O ódio, porém, é primário e constitutivo, anterior ao amor. Para cada sujeito, o hostil é o que se apresenta como o que sempre retorna. O humano desde que nasce sofre do mal-estar.

É o Outro materno que, por dom de amor, retira o pequeno bebê da indiferença e de seus avatares, do desamparo original, abordado por Freud no texto do *Projeto para uma psicologia científica* (1895). É a mãe quem é o primeiro referencial do campo da linguagem, do campo do Outro. É ela quem vai ancorar o bebê que se encontra à deriva. Ela vai marcar o pequenino com seus significantes e irá transmitir seu desejo e suas faltas, demandando dele que ocupe o lugar que lhe foi reservado em seu psiquismo. Isto ampara. Porém esse outro porta também o hostil constitutivo em si. O amor tem uma face mortífera: o objeto de amor é também o objeto hostil. Mãe e filho se amam e se odeiam. Por amor, redirecionamos o ódio e suportamos o outro. Entretanto há uma força que pulsa pela destruição, que escapa à ação do recalque, a que Freud (1920) chamou de **pulsão de morte**. É por detê-la, por controlá-la, que a ciência avança. É a morte que dá sentido à vida. Não há *Eros* sem *Thanatos*; há um entrelaçamento entre eles. Lacan mostra que, no inconsciente, só há sexualidade e morte. São sempre questões sobre o sexual e a morte, porque se tratam de coisas que são impossíveis de se dizer totalmente. É desse não-saber que a psicanálise se ocupa.

A psicanálise não faz diagnóstico a partir do fenômeno e afirma que o humano, que nasce destinado a ser falante, sujeito do inconsciente, objeto de suas elaborações teóricas, é sempre aquele que sofre do mal-estar de se ter desnaturalizado, ou seja, ter perdido a sua condição animal. A linguagem, ao mesmo tempo em que nos inscreve na sociedade dos homens e, neste sentido, “humaniza-nos”, desnaturaliza-nos, transforma-nos em sujeitos da demanda e do desejo, e não da necessidade ou do instinto.

Desde que falamos, tudo no homem é desnaturalizado. Não há mais natureza. Tudo que se chama de natureza já é permeado pela linguagem. A natureza, para nós, é cultura. O homem, ao ser falante, perde o acesso imediato, a imediatez, aos seus objetos. Tudo que, então, seria da ordem da necessidade é da ordem da demanda (informação verbal)<sup>3</sup>

Freud afirma que “A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis” (1997: p.22). Em correspondência a Einstein, Freud (1933[1932]) disse que não acreditava que pudesse haver harmonia entre os homens e a paz pudesse reinar absoluta, mas que apenas alguns homens conseguiriam suplantar a pulsão destrutiva, não porque amassem mais que outros, mas porque poderiam melhor utilizar a ética e/ou da estética. Freud aponta como uma das causas desse sofrimento, por exemplo, o tabu contra o incesto. Esse tabu é fundamental para a organização social, pois, em função dele, as sociedades humanas abdicam da livre expressão do seu desejo; não sem conseqüências. Esse desejo é velado e sua verdade fica inacessível à consciência em prol da constituição familiar. Contudo, o fato de ficar velado não remete a sua exclusão, sendo necessária uma censura constante para a manutenção desse recalçamento. O humano é o sujeito que padece do desejo de contrariar essa lei. Por isso, sofre de uma divisão: é um sujeito cindido. No texto *Totem e Tabu*, Freud (1912-3) expõe claramente esse processo. Essa divisão do sujeito promove conflitos internos e externos, ambivalências, que, com freqüência, são expressas de forma somática. Para ele, a travessia do complexo de Édipo, o encontro com a castração e sua aceitação são o que normalizam a sexualidade do sujeito e o que possibilita a sua inserção nos ideais sociais viris e femininos de uma época. Mas, tal percurso não se processa sem dor.

---

<sup>3</sup> Informação fornecida pelo professor e doutor Antônio Quinet durante aula ministrada no curso de pós-graduação na Universidade Veiga de Almeida no Rio de Janeiro em novembro de 2006.

Se, para muitos, a sociedade é a causa do sofrimento humano; para Freud, ela é condição do sujeito. Com Lacan, podemos entender que o Outro materno é fundamental para a constituição do sujeito. Desta forma, sendo a mãe o maior representante do campo da linguagem, podemos afirmar, com a psicanálise, que não há sujeito sem cultura.

Na psicanálise, o binômio saúde e doença são conceitos inapropriados. O humano, para estar dentro da cultura, porta sofrimento. Grande parte da vida, o sujeito passa evitando esse sofrimento, fugindo do desprazer e, com isso, deixando o prazer para segundo plano, apesar de tentar encontrar um meio de obter a satisfação irrestrita para sua vida. Freud mostra, no texto *O mal-estar na civilização*, que isto significa estar a serviço do gozo:

Uma satisfação irrestrita de todas as necessidades apresenta-se-nos como o método mais tentador de conduzir nossas vidas; isso, porém, significa colocar o gozo antes da cautela, acarretando logo o seu próprio castigo (1997: p.25).

Afirma que, contra os sofrimentos causados pelos relacionamentos, a defesa mais utilizada é o isolamento e a chama de “a felicidade da quietude”. Ele declara que a química como recurso para se evitar o sofrimento é o pior dos meios de defesa, embora a considere de grande eficácia. Logo, o “normal”, para a psicanálise, o “saudável”, é aquele que melhor elabora sua “doença”, sua neurose.

## 2.2 SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA

Para abordar a relação entre saúde pública e saúde coletiva, recorreremos a uma das mais citadas definições de saúde pública apresentada em 1920 nos EUA pelo bacteriologista americano e *expert* em saúde pública Charles-Edward Amory Winslow. Segundo ele, a saúde pública se define como:

A arte é a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde ( WINSLOW, 2002: p.52).

A persistência no uso dessa definição é reforçada pela ampla difusão do conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde — OMS — que propôs a realização de Conferências Mundiais de Saúde com integração de todos os países-membro na eloqüente busca do completo bem-estar físico, psíquico e social.

A saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado com os interesses que ele representa nas distintas formas de organização social e política das populações. Na concepção mais tradicional, é a aplicação de conhecimentos (médicos ou não) com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, atuar em fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, controlando a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais.

A **saúde pública**, que também tem a vertente da **saúde coletiva**, organiza-se através de proposições do Instituto de Saúde Coletiva, que visa, como objeto de investigação, às práticas em suas dimensões: o estado de saúde da população ou as condições de saúde de grupos populacionais específicos e as tendências gerais do ponto de vista epidemiológico, demográfico, sócio-econômico e cultural; os serviços de saúde, enquanto instituições de diferentes níveis de complexidade — do posto de saúde ao hospital especializado — abrangendo o estudo do processo de trabalho em saúde, a formulação e implementação de políticas de saúde bem como a avaliação de planos, programas e tecnologia utilizados na atenção à saúde; o saber sobre a saúde, incluindo investigações históricas,

sociológicas, antropológicas e epistemológicas sobre a produção de conhecimentos neste campo e sobre as relações entre o saber "científico" e as concepções e práticas populares de saúde, influenciadas pelas tradições, crenças e cultura de modo geral.

A Saúde Coletiva latino-americana foi composta a partir da crítica à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, à Medicina da Família, desenvolveu-se a partir da Medicina Social do Século XIX e pela saúde pública institucionalizada nos serviços de saúde e academia. Envolve um conjunto de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes de pensamento resultantes de projetos de reforma em saúde (PAIM, 2005: p.22).

Ele afirma que, ao longo da história da medicina cosmopolita, o campo social da saúde tem sido atravessado por um conjunto de movimentos ideológicos tais como Polícia Médica; Higiene; Saúde Pública; Medicina Social; Medicina Preventiva; Saúde Comunitária; Saúde Coletiva; Medicina Familiar, entre outros. Esses movimentos constituem-se como lutas teórico-paradigmáticas, políticas e ideológicas com repercussões no campo do saber e das práticas.

Foucault (1979), em seu livro *Microfísica do Poder*, identifica três etapas para consolidação da medicina como social, inclusive para que seja incluída como disciplina do curso de formação médica: a Polícia Médica, especialmente desenvolvida na Alemanha no início do século XVIII; a Medicina das Cidades ou Medicina Urbana, através do esforço de controlar os fatores nocivos à saúde que estavam associados às grandes epidemias, especialmente saneamento; e a Medicina da Força de Trabalho ou Medicina dos Pobres, consolidada no sanitarismo inglês. Ao saber científico, o saber da medicina, ele chama de conhecimento; uma elaboração teórica sobre um objeto, segundo uma lógica própria peculiar. De acordo com ele, há uma correlação entre quem detém o saber e quem exerce o poder e diz que as relações de poder se apropriam de um saber sobre o corpo e que estas relações emergem num contexto de controle impossível de ser localizado em uma única instituição ou em um aparelho do Estado. O saber

é representado pelas ciências dos homens detentores do poder estabelecido pelas relações historicamente consideradas nos níveis macro e microfísico. No seu livro *Vigiar e punir*, Foucault (1975) nos diz:

Gostaria particularmente de mostrar como se pode formar, no século XIX um certo saber do homem, da individualidade, do indivíduo normal ou anormal, dentro ou fora da regra, saber este que, na verdade, nasceu das práticas sociais do controle e da vigilância (2001: p.6).

Para ele, foi a partir do século XVIII que houve um acentuado interesse pela temática corporal e pela percepção do corpo como lugar para o sexo. Isso desencadeou novos saberes e tecnologias. O corpo passou a ser objeto de estudo e manipulação em que a vida biológica foi compreendida sob uma perspectiva política. A tecnologia e os novos saberes passaram a organizar uma compreensão instrumental sobre o corpo.

Os governos percebem que não têm que lidar simplesmente com sujeitos, nem mesmo com um 'povo', mas com sua 'população', com seus fenômenos específicos, e suas variáveis próprias: natalidade, mortalidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, formas de alimentação e *habitat* (FOUCAULT, 2001: p.28).

Todo investimento científico, portanto, passa a ser destinado ao prolongamento da "vida". O sexo torna-se um problema de fundamental importância, visto que estão inseridas questões populacionais no âmbito administrativo. Entretanto os temas relativos à saúde da mulher só ganharam relevo a partir dos movimentos feministas.

A questão do feminino esteve entre os temas mais polêmicos dos séculos XIX e XX. As mulheres colocaram em pauta questões culturais, sociais, políticas e de saúde para além do imediatamente manifesto, ou seja, convocaram ao aprofundamento e à reflexão das bases constituintes de uma sociedade, de uma cultura e de um ser. No século XX, foram organizadas políticas destinadas à

saúde específica do substrato feminino, e o processo da maternidade ganhou destaque. Atualmente, muito se tem pesquisado nesse campo. Inúmeras dissertações e teses de mestrado e doutorado têm sido defendidas e contribuem para a adoção de novas medidas em relação à saúde da mulher. Neste capítulo, priorizaremos os rumos que a saúde pública vem tomando no Brasil no que se refere à saúde da mulher. É importante reconhecer que muitas ações de saúde vêm sendo operacionalizadas após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS – no intuito de contribuir para a identificação de prioridades para as políticas públicas de saúde no nosso país, principalmente no que tange à mortalidade feminina.

## **2.3 PROGRAMAS PARA A MATERNIDADE**

O séc. XX trouxe grandes mudanças para a civilização, principalmente após as primeira e segunda guerras mundiais. A fundação em 1945 da ONU (Organização das Nações Unidas), que tem como principal objetivo a preservação dos direitos humanos, institucionaliza um modo de pensar as pessoas de forma mais igualitária. Especificamente no tocante à mulher, mudanças fundamentais em seu papel e em sua função na sociedade ocorreram nesse século. Transformações significativas no mundo inteiro foram sendo progressivamente observadas, tal como a sua maior inserção no mercado de trabalho, antes destinado apenas ao setor masculino. A mulher saiu de uma posição de grande submissão e passou a ter direitos garantidos por lei.

### **2. 3.1 As ações governamentais em prol da maternidade**

Em 1932, as mulheres conquistaram o direito ao voto no Brasil, o que influenciou para que a saúde da mulher passasse a integrar as políticas nacionais de saúde. Contudo os programas de saúde elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 tinham aspectos mais biológicos e anatômicos, limitando a saúde da mulher à saúde da mãe no processo de reprodução biológica.

Até o final da década de 70, a saúde da mulher correspondia a problemas de saúde das mulheres grávidas, cujo principal foco era o feto. Os anos 80 foram marcados pela ruptura deste paradigma, e a saúde feminina deixou de ter o enfoque exclusivo ao atendimento das demandas decorrentes da gestação e do parto, com a atenção restrita ao processo reprodutivo, para ter uma abordagem mais ampla. As agendas oficiais do Ministério da Saúde — M.S. — dedicaram-se a enfatizar a análise do conjunto de problemas que envolvem as causas de mortalidade e morbidade das mulheres. Em relação à primeira, encontram-se como causas mais freqüentes as doenças cardiovasculares ou do aparelho circulatório, as neoplasias malignas, a violência, as implicações da gravidez, do parto e do puerpério, as questões relativas à redução da fecundidade como os abortos, dentre outras. Já com relação às causas de morbidade, em geral estão as cardiopatias, a hipertensão arterial e as infecções do trato urinário. Tais estudos revelam que os serviços são ineficazes quando se trata de patologias sistêmicas crônicas que aumentam o risco na gravidez.

É só a partir dos anos 80 que, como conseqüência das reivindicações das organizações feministas, houve importantíssimas conquistas das políticas públicas de saúde destinadas à mulher. Em 1981 foi ratificada pelo governo brasileiro a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, firmada pela ONU em 1967. Ficou acertado entre os países signatários o compromisso de eliminar todas as restrições feitas à mulher trabalhadora. Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às demandas do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual dos princípios norteadores da política de saúde das mulheres e a definição de novos critérios para eleição de prioridades neste

campo, culminando, em 1985, com a criação do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres.

Desde 1984, passou-se a assumir uma postura mais voltada à função educativa dos setores de saúde e à adoção de uma perspectiva de atenção a cada mulher, situando-a em seu contexto social. O Ministério da Saúde criou condições para reformulações na definição de prioridades na atenção à saúde da mulher. Com a emergência da AIDS e a mudança no padrão procriativo, surgiu uma nova perspectiva na saúde, na qual ganharam relevância os aspectos relacionados à sexualidade e aos efeitos da contracepção em detrimento das preocupações que tinham relevo nos anos 70. Assim, começaram a ser revistos os procedimentos médicos em relação aos efeitos da intensa medicalização, ao excesso de cesárias e laqueaduras tubárias e ao grande número de histerectomias.

Apesar das dificuldades e impasses encontrados para a implementação e viabilização do PAISM, o movimento de mulheres ainda o tem como referência em sua luta pelos direitos à saúde e à cidadania. O objetivo primordial do Ministério da Saúde em relação à atenção à mulher tem sido, nos últimos anos, o aprimoramento do controle do pré-natal, do parto e do puerpério. Esta proposição reflete o conceito de assistência integral à saúde da mulher veiculado pelo M.S. que recomenda "ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde" (BRASIL, 2002: p. 32). São compromissos que têm convocado os profissionais e os órgãos que cuidam das questões referentes à saúde a uma implicação mais efetiva no campo do feminino.

As proposições básicas de ação formuladas pelo M. S. para a assistência integral à saúde da mulher devem ser situadas no contexto da política de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde, propugnada em conjunto com o Ministério da Previdência e Assistência Social e com as Secretarias Estaduais de Saúde, com vistas à adequação da oferta de serviços, de modo que se concentrem as questões mais prementes e de maior prevalência. Apesar de comumente

denominado de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, a compreensão maior da proposta é a de que as ações previstas fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população. O conceito de assistência integral preconizado pelo M.S. envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde, em que todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde sejam utilizados em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde, premissa básica do SUS.

Nos anos 90, após terem sido implantados indicadores epidemiológicos de saúde, dados foram obtidos do SINASC, SIM, IBGE e do DATASUS e, não obstante a baixa notificação pelo déficit de investigação de mortalidade materna em todo território nacional, o diagnóstico da situação da mulher brasileira continuou demonstrando que as causas de mortalidade e morbidade estavam correlacionadas a fatores além dos tradicionais problemas de câncer de colo de útero. As mulheres ainda continuavam morrendo e adoecendo por complicações ocasionadas pela gravidez, parto e puerpério. Contudo, com a maior participação das mulheres em entidades sociais e um aumento do acesso ao quadro de funcionários da rede de profissionais de saúde e aos cargos de gestão, um maior controle social das políticas de saúde para as mulheres passou a ser exercido. Sabemos, entretanto, que ainda hoje é precária a questão das informações em saúde e que as mulheres ainda continuam fazendo parte dos grupos sociais discriminados, pois é insuficiente a articulação entre as diversas esferas sociais e a área da clínica, bem como entre os campos dos saberes, ficando a saúde muito mais entendida como tarefa do Ministério da Saúde.

Em 1992, o Brasil foi um dos primeiros países que incluíram a IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) em sua prática governamental de proteção e apoio ao aleitamento. A IHAC é coordenada pelo Ministério da Saúde (M.S.), através do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Os estabelecimentos de saúde, para se tornarem Hospitais Amigos da Criança, precisam preencher critérios estabelecidos pelo PNIAM e cumprir 80% do conjunto

de metas no processo de avaliação, que envolve várias etapas. A instituição credenciada pelo IHAC, vinculada ao SUS, recebe pagamento diferenciado: 40% a mais em atendimentos pré-natal e 10% na assistência ao parto. O Ministério da Saúde, reconhecendo a importância desta iniciativa, diferencia o pagamento dos procedimentos obstétricos realizados nos hospitais credenciados. Já são mais de 20 mil hospitais credenciados na IHAC em todo o mundo e, no Brasil, já há 336. Ao serem reconhecidas com o título Hospital Amigo da Criança, essas instituições se tornam referência em amamentação para seu município, região e estado. Nestes hospitais, as mães são orientadas e apoiadas para o sucesso da amamentação desde o pré-natal até o puerpério, aumentando, dessa forma, os índices de aleitamento materno exclusivo e continuado, reduzindo a morbimortalidade materna e infantil.

É só em 1993, durante a Conferência Mundial Sobre os Direitos Humanos, que a mulher passa também a ser expressamente declarada beneficiária de tais direitos. Em 1994, durante a Conferência do Cairo – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – foi assegurado à mulher o direito reprodutivo: a mulher poderia decidir sobre o destino de seu corpo optando por métodos anticoncepcionais. No manual técnico do M.S. para gestação de alto risco encontra-se:

Após a conferência Internacional de População e Desenvolvimento, em 1994, no Cairo, evoluiu o conceito de saúde reprodutiva, ganhando enfoque igualmente prioritário os indicadores de saúde relativos à morbidade e ao bem-estar geral da população feminina. Esse conceito lança novo olhar, amplia a cidadania das mulheres para além da maternidade (BRASIL, 2000: p. 11).

Em 1994, foi instituído o Programa Saúde da Família (PSF), tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais para a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, cujo propósito é repensar a prática da atenção à saúde em novas

bases e substituir o modelo tradicional, facilitando o acesso do cidadão à assistência. O Conselho Nacional de Saúde, através da resolução de número 259 de 09/12/97, estabeleceu critérios que constituem pré-requisitos para a aprovação de um programa de saúde similar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde, bem como a integração daquele ao Sistema Municipal de Saúde. Entre as ações prioritárias fixadas por esta resolução, estão o aleitamento materno, o controle pré-natal e a assistência ao parto e ao puerpério, visando a promoção da saúde da gestante. Tais ações já estão incorporadas às Portarias Ministeriais e dispõem sobre a adesão dos municípios ao programa. A resolução tem como estratégia priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. A unidade deve estar vinculada à rede de serviços de forma a garantir a atenção integral aos indivíduos e suas famílias, inclusive assegurando a referência para clínicas e serviços de maior complexidade sempre que o estado de saúde da pessoa exigir. Em se tratando do pré-natal, o objetivo geral está voltado a oferecer assistências clínico-gineco-obstétrica e educativa aprimoradas para o melhor controle dos riscos gestacionais.

O M.S. avaliou e demonstrou a eficiência do programa nas áreas reprodutiva e sexual, principalmente no que diz respeito à mortalidade e ao controle das doenças sexualmente transmissíveis. Reconhece, porém, que a qualidade dos serviços ainda é sofrível quando se refere aos serviços de pré-natal, em que as equipes de saúde não dispõem das condições necessárias ao trabalho proposto. Reconhece também a necessidade de maior investimento na qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde da família.

Desde 1998, três pontos foram básicos para os indicadores epidemiológicos relativos à saúde da mulher no intuito de minimizar as taxas de mortalidade de mulheres por causas evitáveis: a ampliação das opções no campo do direito reprodutivo para evitar altos índices de aborto, a criação de indicadores e comitês de investigação da mortalidade materna e a assistência de qualidade. Os serviços

passaram a ser organizados para garantir a assistência integral e humanizada às mulheres, redirecionando do modelo curativo e intervencionista para o fortalecimento de ações preventivas e de promoção de saúde.

Dentro dessa perspectiva de humanização, é lançado, então, em primeiro de junho de 2000, o PNHPN (Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento), cuja principal tarefa é resgatar a importância da gestação, do parto e do puerpério para a mulher, o pai, o bebê e a família. Considera como fundamentais os aspectos físicos, emocionais, sociais, sexuais e afetivos que interferem neste processo. Foca o papel da mulher nesse momento de sua vida. O pré-natal e o nascimento são considerados como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino. Os profissionais de saúde devem passar a assumir posturas de educadores que compartilham saberes na tentativa de devolver à mulher a autoconfiança que lhe foi expropriada para viver a gestação, o parto e o puerpério.

Os princípios do PNHPN são:

Toda gestante tem direito ao acesso digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal, com consultas agendadas; toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adoção de condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher (BRASIL. Portaria n. 569/GM: 2000).

O PNHPN é o resultado de várias iniciativas. Em 1990 o Brasil foi um dos países participantes de um encontro realizado em Florença na Itália (*Spedale degli*

*Innocenti*) promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF, buscando mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Nesta época, foi produzido e adotado pelos participantes do encontro *Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global* um conjunto de metas chamado *Declaração de Innocenti*, resgatando o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso. Também se enfatizava a recomendação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, se possível, com outros alimentos, até os dois anos, o que vem sendo adotado pelo Ministério da Saúde com o apoio da Sociedade Brasileira de Pediatria. Nesse encontro, foi idealizado a *Iniciativa Hospital Amigo da Criança* com finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, que consiste na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce. Ao conjunto de medidas para atingir as metas contidas da *Declaração de Innocenti* denominou-se *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*, medidas que visam informar às gestantes os benefícios da amamentação e o manejo correto do aleitamento materno. As mães devem ser informadas das vantagens do aleitamento e das desvantagens, em vários aspectos, sobre o uso de substitutos do leite materno, além de ter noções sobre lactação, estímulos para produção do leite materno, dificuldades e soluções para os problemas na amamentação. A partir daí, foram escolhidos 12 países, dentre os quais o Brasil, para dar início à *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*, os quais assumiram um compromisso formal de tornar os "dez passos para o sucesso do aleitamento materno" uma realidade em seus hospitais. As ações visando a estimular os hospitais e maternidades do país a se tornarem "amigos da criança" são coordenados pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), Coordenação de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde e UNICEF.

O PNHPN também considera parte do atendimento humanizado o enfoque ao aborto, por considerar que as mulheres que passam por este processo precisam de atendimento especial, pois "precisam superar traumas e evitar seqüelas físicas e

emocionais que podem causar até a morte”. O programa funciona com a adesão dos municípios. Em janeiro de 2002, 2.864 municípios já tinham aderido ao programa. Eles passaram a receber recursos para implementação das ações do programa via o SIS/ Pré-natal, sistema de captação de gestantes, que são cadastradas ao programa e acompanhadas até o parto e seu retorno no período do puerpério.

Grande é o investimento do M.S. e a pactuação de inúmeros municípios ao PNHPN. Treinamentos e capacitações estabelecidos pelo programa vêm sendo constantemente realizados em toda rede básica e hospitalar de atendimento ao PAISMCA e ao PNHPN, a partir das Secretarias de Saúde. Entretanto ainda não foi possível operacionalizar totalmente este plano do M. S., visto que há dificuldade de mudanças operacionais do sistema ambulatorial e hospitalar e também nas atitudes dos profissionais de saúde. Deles, espera-se que sejam facilitadores desse processo e, enquanto agentes de saúde, diagnosticadores de seus entraves. Acentuando o problema, ocorrem ainda, apesar do empenho de todos, um crescimento no índice de gravidezes na adolescência, o aumento de curetagens por abortos não concluídos, um enorme número de partos por cesariana e um acentuado índice de bebês nascidos de baixo peso. São criados para atingir estes objetivos, leis, portarias, normas e cursos de capacitação, incluindo tópicos como o de aconselhamento com o intuito de chegar a alcançar níveis de excelência com a oferta de títulos de Hospitais Amigos da Criança àqueles que atingirem as metas do programa: melhorar o acolhimento da mulher e da criança e minimizar os índices de mortalidade materna, neonatal e infantil. Para a conquista deste título, os hospitais precisam cumprir dez passos determinados cujo foco fundamental é o aleitamento visando à saúde da mulher e da criança e o vínculo mãe-bebê. Estes passos compreendem normas e regras como, por exemplo, um número mínimo de consultas pré-natal, o incentivo à amamentação exclusiva até seis meses e continuada até dois anos a mais, entre outros. Os hospitais e a rede básica de saúde precisam obedecer a critérios como colocar o bebê ao seio nos primeiros 30 minutos após o nascimento desconsiderar o uso de

chupetas ou mamadeiras; oferecer o planejamento familiar e o atendimento de puericultura; etc.

O alto índice de mortalidade materna no nosso país levou à instalação em abril de 2000 de uma CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) na Câmara dos Deputados Federais para apurar suas causas. Entre as causas apuradas, encontra-se a ausência de atendimento integrado pré-natal/parto. O Ministério da Saúde vem apresentando uma série de normatizações que servem de referência a alguns programas e projetos implementados para a redução da mortalidade materna e neonatal. O SUS (Sistema Único de Saúde), por meio da Coordenação do Programa da Mulher, implantou importantes programas como os de apoio aos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento a gestantes de alto risco, ao de humanização do pré-natal e nascimento, ao de projeto de casas de parto e ao de maternidade modelo. O Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Humanização (Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS) que, além de outras anúncias, proclama:

Queremos um SUS humanizado. Entendemos que essa tarefa nos convoca a todos: gestores, trabalhadores e usuários. Queremos um SUS - em todas as suas instâncias, programas e projetos - comprometidos com a humanização. Queremos um SUS fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva. Enfim, queremos um SUS de todos e para todos. Queremos um SUS humanizado (BRASIL, 2000: p. 09).

O desafio lançado pelo Ministério da Saúde, em 1999, através do prêmio Galba de Araújo, para todos os estabelecimentos integrados à rede SUS, foi o de humanizar o atendimento às mulheres brasileiras e aos seus filhos durante a gestação, o parto e o pós-parto. Esse é um prêmio pelo reconhecimento para quem valoriza o parto humanizado e pela qualidade da assistência obstétrica, através das respostas encontradas pelas equipes de unidades de saúde no Brasil. Ele contempla experiências de sucesso pelo uso de recursos disponíveis de tecnologia, pela preservação do respeito e do acolhimento bem como pelo estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno. O grande objetivo é humanizar

o atendimento às mulheres brasileiras e a seus filhos durante a gestação, o parto e o pós-parto. Outro desafio para a redução da mortalidade materna é o acesso aos hospitais no momento do parto e a qualidade da intervenção. O percentual de óbitos evitáveis por causas obstétricas diretas — eclâmpsia, hemorragias, aborto, infecção puerperal, embolia pulmonar pós-cesária — foi detectado em torno de 60% e o de causas obstétricas indiretas, aproximadamente, 39,1%, segundo dados do IBGE do ano de 2000.

No que se refere ao programa de saúde da mulher, da criança e do adolescente (PAISMCA), o M. S. vem se preocupando de forma significativa, criando medidas que intitula como “humanização da assistência”. Essas medidas, entre outras coisas, privilegiam a atenção obstétrica. O PAISMCA tem como base sustentadora a rede básica de saúde — saúde coletiva — sem, entretanto, deixar de priorizar o atendimento hospitalar. Sua filosofia é o atendimento integrado, interdisciplinar e preventivo, no qual o humano possa ser trabalhado com respeito e dignidade. Prioriza a mulher porque crê que uma mulher sem saúde é sinal de um mundo doente. O Programa da Mulher, dentro do PAISMCA, visa oferecer à mulher condições básicas de saúde como também criar oportunidades de colocá-la como agente na cena, ou seja, orientá-la quanto aos seus direitos em relação ao planejamento familiar, ao pré-natal, parto e puerpério, ao preventivo ginecológico e de mama, ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, etc. Com base na política do SUS e no sistema de compromisso com a promoção da saúde, considera importante o processo da maternidade sob a perspectiva humanizada e integral de sua qualidade, não apenas atendendo às demandas curativas, mas preocupado com a prevenção para as saúdes física, emocional e social da mulher e da criança. Os programas de saúde do Ministério evidenciam tais preocupações e reforçam como medidas preventivas o aumento do número de consultas de pré-natal, a criação do ambulatório de pré-natal de risco, o incentivo ao aleitamento, a criação dos hospitais amigos da criança, os ambulatórios de seguimento, os protocolos de atendimento à hipertensão e às DST/AIDS, a instrumentalização através de aparelhos tecnológicos ultramodernos, entre outras.

Nessa ótica da humanização, o M.S. tenta resgatar o lugar da mulher como protagonista no tocante à viabilização do parto e do nascimento. No ano de 2000, através de seus manuais e cartilhas, afirmou que: “A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências” (BRASIL, 2000: p. 11) Em 2003, o órgão assumiu que a gravidez e o parto são “eventos sociais que a vivência reprodutiva de homens e mulheres”. Apontou para a necessidade de conhecimentos, práticas e atitudes da equipe de saúde que possam vir a garantir e preservar a privacidade e autonomia do processo que envolve o nascimento. Enfatizou a importância de se considerar o universo da mulher e de seu parceiro, bem como dos familiares e comunidade e destacou a gestação, o parto e o puerpério como das mais significativas experiências humanas, inclusive, “[...] com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam” (BRASIL, 2003: p. 09).

Em 28 de maio de 2004, o governo lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher — Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde. Para o SUS, a saúde não mais pode ser restrita às medidas curativas, mas é importante pensá-la sob a ótica da prevenção. Pensou-se que era possível garantir, através da qualidade da assistência, um processo de nascimento livre de quaisquer intercorrências. O M.S., através de portarias ministeriais, valeu-se, então, de uma série de medidas para estimular a melhoria da assistência obstétrica nos hospitais da rede do SUS. Entre elas, quatro foram prioritárias: a valorização do papel da enfermeira obstétrica, a garantia da opção de analgesia no parto normal, a oferta de atendimento adequado para os casos de gestação de alto risco e a redução do número de cesarianas. Foi proposto que a mulher, no processo de parir, passasse de agente passivo, sob os cuidados do profissional, a agente ativo da cena. Com a perspectiva do profissional de saúde atuando como coadjuvante da experiência materno-infantil, o M. S. espera que estes possam agir:

[...] reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisa lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade (BRASIL, 2003: p.09).

De forma esclarecedora, o M. S. afirmou que:

Contudo, desempenhar este papel não é fácil. A maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado". E, continua: "Os estudantes são treinados para adotar práticas rotineiras como numa linha de produção, sem avaliação crítica caso a caso. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênica (BRASIL, 2003: p.09).

Para o M. S., "Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo do nascimento" (BRASIL, 2003: p.10). O principal objetivo da humanização da assistência a ser atingido pelo profissional de saúde é o de garantir a segurança para a mulher e o bebê. Para isto, certamente este profissional precisa ocupar um lugar de coadjuvante, deixando de assumir posturas autoritárias, sem, entretanto, precisar se colocar numa posição íntima, mas se posicionando de forma menos desigual. O M. S. questiona sobre como, na prática, podem-se alterar essas posturas tradicionais dos profissionais de saúde e conclui que normas e manuais, apesar de importantes, não são o caminho para esta transformação. Acredita que esta mudança se dê em cada um, ou melhor, seja de fórum interno, porém levanta questões indispensáveis sobre o compromisso dos profissionais com a abordagem humanizada. São elas:

[...] estar sintonizado com novas propostas e experiências, com novas técnicas, praticar uma medicina baseada em evidências, com o olhar do observador atento; reconhecer que a grávida é a condutora do processo

e que gravidez não é doença. E, principalmente, adotar a ética como pressuposto básico na prática profissional (BRASIL, 2003: p.10).

Ao mesmo tempo, as práticas obstétricas inadequadas ao atendimento do parto, a falta de alojamento conjunto nas maternidades, a sobrecarga de trabalho e o insuficiente preparo do pessoal de saúde no que concerne a sua contribuição na solução de pequenos problemas da mãe, reais ou imaginários, é o que, para o M. S., fundamentalmente obstaculiza processos efetivos, como por exemplo, o do aleitamento materno. No Brasil, segundo pesquisas do próprio Ministério, é de 53% o número de mulheres que iniciam o processo de amamentar, sendo que apenas 9,7% seguem amamentando até o sexto mês, tempo mínimo recomendado.

Pesquisas elaboradas mostram que complicações do trabalho de parto, infecção puerperal, hemorragias obstétricas e abortos são as causas de óbitos maternos mais freqüentes, mesmo sendo facilmente evitáveis através de uma adequada assistência pré-concepcional, pré-natal, durante o parto e o puerpério bem como entre as gestações. Elas apontam para a insuficiente cobertura do acompanhamento pré-natal e a baixa qualidade do atendimento, o que caracteriza um grave problema de saúde. Assim, a questão da assistência ao parto, para a maior parte dos pesquisadores em saúde pública, constitui um ponto crítico da saúde da mulher.

Com relação às mulheres adolescentes, pesquisadores reconhecem que a gravidez antes dos 15 anos de idade e a ocorrência de óbitos por causas obstétricas diretas indicam a necessidade de ações mais abrangentes. A partir do reconhecimento de que há necessidade de se ampliar o campo de ação, a psicanálise encontra meios de poder fazer articulação com o saber médico. Pensamos que a gravidez na adolescência merece uma atenção especial, pois acumula dois períodos sensíveis: o da própria adolescência — momento de passagem significativo para o psiquismo, onde tanto biológica quanto

psiquicamente transformações estão ocorrendo — como a da gravidez em si — etapa de mudanças endócrinas e de forte prevalência de ambivalências, tais como querer e não querer a gestação, dentre outras. No artigo Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas de saúde de Estela Maria e Liliam Fátima (2004) foi demonstrado que “Especialmente quanto à saúde das mulheres, apesar de todos os esforços e de alguns avanços, persistem noções essencialistas que as circunscrevem à esfera reprodutiva e privada” (2004: p.28). Elas concluem que estudos devem ser estimulados para avaliação das ações e programas de saúde, principalmente no que refere às tecnologias reprodutivas, e afirmam:

Desnaturalizar as diferenças de gênero e romper com essencialismos ampliam as possibilidades de reflexão sobre determinantes do processo saúde-doença e, conseqüentemente, pode contribuir para a formulação de novas respostas na busca da equidade em saúde (LEÃO; MARINHO, 2004: p.33).

Portanto, a saúde da mulher, sua sexualidade e seu processo de tornar-se mãe são pré-requisitos para pensarmos a saúde de forma integral.

### **2.3.2. A ação da psicanálise no processo de tornar-se mãe**

Não é mais novidade que a gestação é um período sensível para o orgânico de uma mulher e de seu bebê. Em face disso, acredito que a gravidez é um momento delicado, de grande destaque e importância quando se trata de pensar nas questões relativas à vida e à morte. Precisa ser tratada com respeito, dignidade e singularidade por toda equipe que se dispõe ao trabalho no campo do materno-infantil. Os psicanalistas, diferentemente de alguns teóricos da saúde pública, consideram que, além da maternidade biológica, existe uma construção psíquica que merece consideração e questionamento tão especiais quanto os descritos pelo

M. S. A psicanálise, apesar de não deixar de considerar o biológico, discorda de que a gestação dos seres falantes se trata de um fenômeno fisiológico e que a fisiologia tem determinação sobre os seus efeitos na questão da vida e da morte, no processo de tornar-se mãe. Ser mãe não é uma operação instintiva, espontânea. Nem sempre se trata de um processo tranqüilo, pois proporciona reviviscências de relações maternas primárias e, muitas vezes, de inúmeros conflitos e de muitas angústias. Ser mãe não se trata de instinto, mas de pulsão e conseqüentemente de desejo. A maternidade é um processo construído psiquicamente com referenciais transgeracionais dos representantes maternos — bisavós, avós, mãe e seus substitutos — transmitidos de forma inconsciente através dos atos e dos ditos e não-ditos de tais representantes. Há um saber inconsciente, uma determinação simbólica que ultrapassa qualquer medida preventiva profilática e que pode encaminhar o “destino” de um bebê e de seus pais. A gestação é, portanto, cercada de muitas fantasias e muitos mitos.

Uma gravidez suscita em todos os familiares uma instabilidade, provoca mudanças significativas de papéis e funções, porque reativa marcas mnêmicas. Tanto se trate da primeira ou da décima quinta gravidez, uma gestação é sempre uma nova experiência, uma experiência única. Por estar sobredeterminada por questões inconscientes, não é incomum observarmos depressão pós-parto, alguns surtos ou mesmo melancolizações, como também inúmeros sintomas físicos que surgem de forma “inesperada” durante o pré-natal, o parto ou o pós-parto, sinais de que não se trata de um processo natural, instintivo.

Colette Soler (2005) em seu texto *A resposta ao Édipo* do seu livro *O que Lacan dizia das mulheres*, esclarece:

É impossível, desde a descoberta freudiana, apelar para o instinto para explicar esse fundamental da experiência que é a reprodução dos corpos. O inconsciente não conhece a biologia e, em matéria de vida, não abriga nada senão o que Freud descobriu nele: o despedaçamento das pulsões parciais, oral, anal, escópica e invocante. Falta o que seria a pulsão genital, que apontaria para cada um parceiro sexuado. Daí a pergunta formulada por Freud numa das notas acrescentadas ao longo dos anos a

seus Três ensaios sobre a teoria da sexualidade: se existem apenas pulsões parciais e se, além disso, em matéria de amor, de 'relação de objeto', a escolha é narcísica do semelhante vem primeiro, como explicar a atração entre os sexos? (2005: p.16).

Para o humano, nem sua sexualidade é naturalmente decidida pelo seu anatômico, muito menos a condição de ser mãe. Sem dúvida alguma, a gravidez, esse fenômeno da sexualidade feminina, merece atenção especial para além do imediatamente manifesto, do que se dá a ver.

A equipe de saúde precisa também ser focada, uma vez que é a que se encontra mais próxima desse processo, sem necessariamente estar afetada da mesma maneira como os familiares normalmente estão. O processo da **transferência**, conceito indispensável para a teoria psicanalítica, está muito comumente presente em qualquer relação terapêutica. Durante o pré-natal, a gestante vai construindo um processo transferencial positivo ou não com seu médico e/ou com outro profissional desta equipe. A abordagem feita e o manejo dessa relação transferencial têm lugares diferenciados para quem trabalha com o campo do inconsciente. É importante haver um profissional qualificado que dessa transferência se ocupe para dar encaminhamento ao lugar de fala às fantasias que possam estar permeando o imaginário da mulher grávida, o que, para a psicanálise, influencia significativamente seu ser.

Somos seres da linguagem, humanos, pertencemos ao campo do simbólico. Logo, estamos afeitos aos seus signos e determinados pelo significante. Somos seres falantes e, por isso, diferentes de que qualquer outra espécie, o processo de tornar-se mãe não pode ser tratado como instintivo ou fisiológico; ele merece um cuidado diferencial.

Não podemos deixar de considerar a escuta da equipe e as intervenções do trabalho do analista na instituição como de grande relevância para o sujeito constituído e a se constituir. Vejamos um exemplo de uma intervenção que pôde ser realizada numa instituição: ao entrar na unidade para visita de rotina à

maternidade, a psicanalista deparou-se com um tumulto em torno de um bebê nascido há dois dias que estava aos gritos. Perguntou sobre o que estava ocorrendo, e a auxiliar de enfermagem disse que o bebê, que ainda não tinha nome, chorava muito, não conseguindo calar-se. A analista perguntou sobre a mãe do bebê, e lhe responderam que ela havia fugido da maternidade, deixando-o. Ao indagar sobre o nome dele, responderam-lhe que ele não tinha nome e que, no cadastro de entrada da gestante na maternidade, não constava seu endereço. Acreditavam que até mesmo o nome da mãe fosse falso. A analista perguntou à equipe se esta achava que a falta do nome tinha alguma coisa a ver com sua inconsolabilidade? Responderam que não acreditavam naquilo, mas que a falta da mãe devia ser muito sofrida. A analista apontou que aquela específica criança não estava sentindo a falta da mãe, porque só pode sentir a falta quem já teve a presença. Perguntaram-lhe, então, que choro seria aquele. E a analista questionou-lhes sobre o que aquele choro causava aos membros da equipe. Angústia, disseram. E o que poderia apaziguar tal angústia, perguntou a analista. Em resposta, a equipe se mobiliza, nomeando o bebê, passando a dar-lhe mais colo, a lhe dirigir mais o olhar e as palavras. O bebê, agora “batizado” com o nome Pedro, passou, assim, a dormir melhor. Este é um exemplo de uma intervenção de sucesso possibilitada pela presença de um psicanalista na instituição.

Nos próximos capítulos, desenvolveremos a contribuição da psicanálise ao tema mãe enquanto lugar e função.

### 3 A MÃE EM FREUD – A FUNÇÃO MATERNA

*“Mãe! São três letras apenas  
As desse nome bendito:  
Três letrinhas, nada mais...  
E nelas cabe o infinito  
E palavra tão pequena  
– confessam mesmo os ateus –  
É do tamanho do céu!  
E apenas menor do que Deus...”*

Mário Quintana

Diz o poeta que mãe é letra, ou melhor, que mãe é uma questão simbólica. Em consonância com ele, a psicanálise defende que ser mãe não depende de nenhum instinto, mas de uma função específica da mulher inserida no campo da linguagem. Em sua relação com o objeto amoroso da primeira infância, desde menina, uma mulher percorre caminhos que lhe possibilitarão ou não ocupar esse lugar.

Quando se trata do conceito de mãe, instinto materno é, inclusive, iatrogênico, pois, em função desse mito, muitas mulheres e crianças sofrem efeitos danosos. Não se é mãe apenas porque se tem organismo apropriado à procriação. Na verdade, as pesquisas mostram que ser mãe não é uma questão de instinto nem para outros seres. No livro *O sorriso da Gioconda*, Mathelin (1999) cita uma experiência realizada por B. Seay em 1962 na qual foi demonstrado o seguinte:

[...] de 51 macacas separadas das mães no nascimento, nove apenas tiveram filhotes ao ficarem adultas. Das 9 'mães', 5 os deixaram morrer na maior indiferença e 4 tiveram comportamentos agressivos que acarretaram a morte dos recém-nascidos (SEAY *apud* MATHELIN, 1999: p.16).

Não é raro observarmos mulheres que abandonam seus bebês, causam-lhes maus-tratos, cometem infanticídio, praticam o suicídio, surtam, deprimem-se, etc. Mulheres que, apenas por estarem grávidas, são erroneamente interpretadas como mães em potencial, sem terem sido sequer escutadas para concluir sobre qual representatividade mental tinham aquela gravidez e aquele bebê naquele momento de sua vida. Mas, se não é o instinto, qual é o processo que determina o surgimento de uma mãe?

O adivir de uma mãe depende de vivências psíquicas anteriormente experienciadas na relação com seu Outro materno e com a alteridade. Freud afirma que a função materna começa a ser construída na infância, evidenciada nas brincadeiras infantis da menina. Um verdadeiro material que marca diferencialmente o humano como ser inscrito numa linguagem singular. Mãe é lugar e função. Obviamente a mãe, aquela que gestou e pariu, tem um corpo real onde a ciência médica faz suas incursões. Não resta a menor dúvida de que a assistência ao pré-natal tem significativo valor para a saúde. Porém, para o psiquismo, a condição de reprodução não é determinada apenas pelo material orgânico que a mulher porta, mas principalmente pelo discurso que a atravessa. E é por isso que mesmo um bebê deixado ao abandono pela mulher que o gestou pode ter mãe. Também é verdade que uma mulher pode acolher como seu filho o bebê não gestado por ela. Não é incomum observarmos que, mesmo em idade fértil e ovulando, algumas mulheres não consigam engravidar, apesar de realizarem várias tentativas. Inúmeras são também as atuais buscas pelas fertilizações *in vitro* por mulheres que fizeram a opção de serem mães abdicando de um parceiro sexual, as conhecidas produções independentes. Há aquelas que resolveram escolher como parceiro sexual um representante do mesmo sexo

buscando um banco de sêmen. Mulheres que mostram em seus atos que a procriação é mais que a união dos gametas: trata-se de uma questão inconsciente.

Para Freud, as inscrições simbólicas do encontro ocorrido entre uma menina e seus pais marcam o sujeito. A impotência simbólica é impeditiva tanto quanto a real. Muitas vezes, para uma criança deixada para adoção, a marca psíquica do abandono, quando não simbolizada (impedida de ter obtido um sentido dialetizador), pode, numa menina, ser obstáculo para um possível futuro exercício da função materna. Não é raro que tais mulheres, quando dão à luz, repitam com seus bebês o mesmo processo pelo qual passaram, deixando-os aos cuidados de outro, mesmo que esse outro seja um familiar.

Uma paciente me procurou trazendo questões sobre sua sexualidade e sobre sua adoção. Relatou que, apesar de sua adoção nunca lhe ter sido revelada por seus pais, sempre desconfiara de que havia sido adotada, pois sua mãe constantemente temia que alguém pudesse roubá-la. Então, ela, quando adolescente, fazia provocações tais como dizer a sua mãe, para agredi-la, que esta parecia uma madrasta. Após a morte de seus pais, resolveu pesquisar e certificou-se de que realmente havia sido adotada e que isso tinha sido mantido em sigilo por imposição deles — é importante frisar que essa paciente, apesar de querer saber sobre sua origem, nunca se aventurou a realizar tal pesquisa antes da morte de seus pais, pactuando, assim, com a manutenção do sigilo. Soube também que, quando o casal resolveu por sua adoção, o pai saiu para buscar um menino e retornou à casa com uma menina. Essa revelação causou-lhe uma desordem psíquica, motivo principal que a conduziu à busca do tratamento psicanalítico. Durante o processo analítico, resolveu, em dado momento, procurar pela “verdadeira mãe”. Quando, porém, encontrou uma pista de seu paradeiro, desistiu de sua empreitada, afirmando que mãe fora aquela que a criara.

No percurso da análise, esta paciente contou que se casou, após a morte de seu pai, com um homem que não amava, mas que era admirado por aquele. Essa atitude, inconscientemente, retificaria a relação difícil que tivera com seu pai. Na

época, sua mãe, então viúva, foi morar com ela. Em sua primeira gravidez, teve inúmeras ameaças de aborto, precisando fazer repouso absoluto para sustentá-la e conseguir chegar ao fim do processo gestacional. Dessa gravidez, nasceu uma menina que logo ficou aos cuidados da avó. A avó, a quem a neta chamava de mãe, tomou para si toda a função materna. Na infância, a menina veio a apresentar sérias complicações em seu desenvolvimento, sendo acometida de terrores noturnos frequentes. Por quatorze anos, essa menina foi medicada e acompanhada por uma equipe de profissionais, acabando por ser conduzida a uma terapia. Após a morte da mãe/avó, a menina, que já estava em idade escolar, deparou-se realmente com sua “verdadeira mãe”. Aí, o caos entre as duas se estabeleceu, e essa filha ainda adolescente, num momento de instabilidade psíquica da mãe, internou-a em um hospital psiquiátrico, com a ajuda de um diagnóstico fenomenológico da medicina e de uma amiga de sua mãe. Dali em diante, a “louca” mãe passa a temer a persecutória filha e a desejar-lhe o mesmo destino: uma internação.

Essa relação avassaladora entre mãe e filha, Freud a cita em seus textos sobre o feminino, e Lacan a chama de devastadora. Trata-se de ódio. A hostilidade propagou-se na experiência dessa filha quando ela passou pelo processo da maternidade em que teve uma menina, sua filha única, com quem também não conseguiu desempenhar a função materna. A paciente, que me procurara por seu conflito sexual e de origem, querendo entender por que uma mãe abandona uma filha, foi a mesma que relatou ser a filha uma estranha para ela. Foi no dispositivo analítico que, elaborando sua própria questão adotiva, pôde perceber a impossibilidade de ter sido mãe para sua filha e teve a possibilidade de entender as conseqüências que o abandono lhe provocou.

Nesse relato, fica claro que ser mãe é um processo psíquico e que a adoção é simbólica, logo, necessária a todo filho. A impossibilidade de se inscrever como mãe para essa filha não a impediu de ser mãe para outra, terceira filha, vinda de uma gravidez posterior a um aborto. Sem dúvida alguma, não ter conseguido realizar a função materna para a primeira filha, ter interrompido a segunda

gravidez, só podendo operar sua função na terceira tentativa está relacionado a sua história particular. Sua mãe adotiva havia, antes de tê-la adotado, perdido uma filha, também adotiva, que morrera em seus braços, e um menino que fugira de casa e nunca mais se soubera dele. A paciente, assim como sua mãe, só conseguiu sustentar a função materna na sua terceira tentativa. Por não ter tido a possibilidade de poder falar, elaborar sua dor psíquica restou-lhe, quando da sua primeira gravidez, sofrer a possibilidade de perder o bebê. Talvez, se tivesse tido a oportunidade de falar sobre as fantasias que permeavam seu psiquismo e colocado em palavras o não-dito que provinha de sua adoção, pudesse ter elaborado sua história e tê-la ressignificado, em vez de repeti-la. Não há mãe só porque se gestou e pariu, assim como pode haver mãe onde não houve gestação orgânica.

A gestação significativa para a função materna é a simbólica, sempre única e que se dá a cada vez. Uma mãe pode estar em função para um filho e não para outro, dependendo do lugar cunhado para aquele específico bebê em sua economia psíquica. Às vezes, não houve possibilidade de cunhar lugar algum e não há possibilidade de acolher o bebê gestado. Pode-se gestar para doar ou para abortar ou mesmo para mal-tratar; são maneiras possíveis, dependendo do contexto histórico singular de cada sujeito-mulher e de como ela reeditou as marcas psíquicas de sua infância. Uma criança é marcada pelas inscrições maternas e por identificações. Ser mãe e ter um filho não é algo natural. É uma construção psíquica que envolve a história da mulher com sua relação transgeracional, ou seja, sua vinculação com os seus ancestrais e sua posição no quadrilátero **mãe – pai – filha – falo**. É um processo mais complexo do que gestar e parir e se inicia muito antes da fecundação. Para Freud (1930), começa na vivência pré-edípica e se conclui com a passagem pelo complexo de Édipo.

### **3.1 O PRIMEIRO OBJETO DE DESEJO: O DESEJO PELA MÃE**

No texto freudiano de 1914 *Introducción al narcisismo*, encontramos:

[...] até chegar a eleição do objeto do lactente (e da criança maior), temos advertido que ele mesmo toma seus objetos sexuais de suas experiências de satisfação. As primeiras satisfações sexuais auto-eróticas são vividas em relação com as funções vitais destinadas à conservação. As pulsões sexuais se apóiam, a princípio, na satisfação das pulsões do eu e só depois se tornam independentes destes últimos. Porém, esta relação se mostra também no fato de que as pessoas as quais são destinados à alimentação, o cuidado e a proteção da criança são seus primeiros objetos sexuais, ou seja, em primeiro lugar, a mãe ou seus substitutos (1981: p.2025).

Mãe enquanto função é estruturante para o psiquismo do humano. Ela é aquela a quem Freud (1895) chama de *Nebenmensch* — semelhante ou próximo assegurador. Ele mostra que ela é o primeiro objeto de desejo com o qual a criança se depara e que permanecerá por toda a vida. Freud, em seu texto *Psicología de las masas y análisis del "YO"*, afirma que “A identificação é conhecida na psicanálise como a manifestação mais remota de um enlace afetivo a outra pessoa e desempenha um importante papel na pré-história do complexo de Édipo” (1981: p.2585). O que de fato ele mostra no decorrer do texto é que a primeira identificação está relacionada ao Édipo materno, ao desejo de ser o falo da mãe. Freud declara que se trata de uma conduta ativa, portanto, masculina — ele associa as condições de passividade e atividade às posições feminina e masculina respectivamente e considera a bissexualidade como base de toda escolha sexual posterior. Neste tempo, a identificação é ao falo, ao objeto perdido, que supostamente a mãe detém, pois mãe e bebê ainda estão se completando, logo a mãe não é mulher, não está na posição feminina. Para a mãe, o bebê é o maior representante fálico. Só com a constatação da castração materna para ambos é que haverá uma mudança na trajetória da organização da libido. Para a menina em especial, na busca do posicionamento feminino, a certa altura esse primeiro objeto amoroso sofrerá uma transformação: ela transferirá esse amor

para o pai. É na experiência edípica que o objeto mãe, já sob efeito da castração, é substituído pelo objeto pai.

É poderosa a vinculação ao primeiro objeto amoroso. As primeiras experiências de satisfação na vida estão associadas à mãe bem como os primeiros cuidados. Freud chega a afirmar em seu texto *La feminidad* que “não é possível compreender a mulher se não se tem em conta esta fase de vinculação à mãe, anterior ao complexo de Édipo” (1981: p. 3168). Ele diz que são várias as relações libidinosas da menina com sua mãe. Elas se estendem pelas fases da sexualidade infantil e se manifestam em seus desejos orais, sádico-anais e fálicos, podendo ser tanto de natureza carinhosa como hostil e agressiva. Freud aponta que estes desejos hostis geralmente são transformados em “representações angustiosas”. São desejos sexuais bem primários e, portanto, inconscientes. O desejo mais claramente manifesto é o de dar um filho à mãe.

A mãe também está relacionada à origem das fantasias de sedução, visto que é ela quem geralmente realiza a iniciação sexual do bebê ao desempenhar os cuidados iniciais. Com sua voz, seu olhar, seu toque, libidiniza o bebê. É através dos cuidados maternos que o pequenino vai ser introduzido na dinâmica pulsional e estabelecerá um circuito de prazer/desprazer com seu objeto de vinculação. Está em jogo o princípio do prazer: a energia sexual da dialética prazer/desprazer — a libido. Isso não é um processo natural, pois só ocorre na presença do objeto de satisfação. É isso o que determina, segundo Freud, que a sexualidade é infantil.

Outros desejos (orais, sádicos e fálicos) são dirigidos à mãe. As fantasias de assassinato e de envenenamento estão ligadas a esses desejos primários. Lembremos que onde há *Eros* também reina *Thanatos*. Existe algo que não tem representação para além daquilo que é o representado da pulsão e que Freud, em 1895, chamou de energia desligada e, em 1920, denominou de **pulsão de morte**. Os desejos orais e sádicos são manifestados de acordo com a forma operacionalizada pelo recalque. O temor inconsciente da criança de ser morta pela

mãe justifica os desejos de morte a esta destinados. Freud esclarece que o medo de ser devorado pela mãe provém da hostilidade inconsciente dirigida a ela. O bebê deseja devorar sua mãe e teme por seu devoramento. Para Freud, a vivência passiva sádico-anal e a intensa excitação experimentada na zona intestinal se manifestam em agressividade e fúria, assim como os impulsos passivos da fase fálica são transformados em atividade através das incriminações feitas verbalmente à mãe. A mãe é o primeiro objeto que suscita amor e ódio. Os destinos da sexualidade humana encontram seus primórdios nesse tempo pré-edípico.

### 3.2 A PRIMEIRA EXPERIÊNCIA DE SATISFAÇÃO

No texto *Projeto para uma psicologia científica*, Freud (1895) relata que, ao nascer, o bebê, em sua prematuridade — *Hilflosigkeit* — utiliza como recurso o grito para dar sinal de sua urgência vital. Neste primeiríssimo tempo, o grito é a pura expressão de uma tensão. A presença do *Nebenmensch*, de uma mãe em função, é que vai interpretar este grito como apelo, uma demanda, um chamado, indo ao encontro daquele que a demandou, dirige-lhe afeto, apaziguando sua tensão e também lhe fazendo demandas. É a mãe que irá realizar a mediação entre as urgências vitais do *infans* e a linguagem. A mãe, primeiro objeto de amor, com seu supereu de gozo realiza o que Paul-Laurent Assoun (1999) denomina de “vocalize” do supereu passional, ou seja, as alternâncias pulsionais por onde o sujeito recebe convocação e provocação desse objeto. Uma vez dado o aceite, não há mais como dela se desfazer. Está inscrita a primeira experiência de satisfação com o pequeno outro (o semelhante) tomado como objeto. No entanto, tal experiência, como vimos acima, depende também do Outro da linguagem. A mãe que responde com palavras ao grito do bebê instaura um espaço ou campo Outro, diferente da satisfação simples e direta de uma necessidade biológica. Lavrada

como uma escritura, organizando e delimitando o campo da memória. Esta primeira satisfação inscreve uma marca única, um traço impossível de ser reproduzido até pela tentativa de repetição. A impossibilidade de se repetir da mesma maneira faz com que o sujeito a busque por toda a vida. Com Freud, vimos que é aí que se inicia o processo de repetição, de busca do tal objeto de satisfação, objeto que se encontra perdido e perdido desde sempre, porque, na verdade, é fruto de uma alucinação. “Já exploramos a ficção de um primitivo aparelho psíquico cujas atividades são reguladas por um esforço para evitar um acúmulo de excitação e manter-se tanto quanto possível sem excitação” (1895: p.636).

Há, a partir daí, um registro, uma marca mnêmica desse encontro. As marcas ou traços mnêmicos impressos por essa experiência de satisfação e por outras criam um trilhamento, um caminho facilitador por onde tenderá a escoar a quantidade de tensão ou excitação do aparelho. Freud chama essa tendência à descarga da tensão de princípio de prazer/desprazer.

Uma corrente deste tipo no aparelho [psíquico] começando do desprazer e visando ao prazer, foi por nós denominado de “DESEJO” e afirmamos que somente um desejo é capaz de colocar o aparelho em movimento e que o curso da excitação nele é automaticamente regulado por sentimentos de prazer e desprazer (FREUD, 1981: 235).

Quando, porém, a primeira experiência é marcada pela impossibilidade de alívio da tensão, estaremos diante de impasses nos caminhos da constituição do sujeito. Em entrevistas à mãe de uma criança de dezoito meses, fica claro o quanto de desprazer e tensão cercou os primeiros cuidados dessa mãe destinados ao seu bebê. A hora da alimentação era sempre um encontro torturante entre mãe e filho: durante a ingesta alimentar, a criança era contida e o alimento introduzido de forma invasiva, numa “luta” que esgotava a ambos. A angústia dominava a relação entre eles. A inscrição mnêmica originária do alívio de tensão pela

oralidade ficou impregnada de vestígios desprazerosos. A criança passou a evitar qualquer contato com o outro, iniciando um processo de fechamento que resultou na recusa ao olhar e à alimentação, na não-ascensão à fala e na presença de irregularidades em seu sono. Foi encaminhada ao analista por suposição diagnóstica de autismo. Esse caso corrobora a afirmação de Freud no texto *Proyecto de una psicología para neurologos* que “A defesa [rechaço] primária será então tanto mais poderosa quanto mais intenso for o desprazer” (1981: p.234). Frente à invasão materna, a criança anula a mãe como objeto simbólico; protege-se de sua onipotência.

É o *Nebemensch* quem primeiro possibilita o trilhamento. A impressão das marcas é orientada por aquilo que impactou o bebê como prazer/desprazer. Com o decorrer do tempo, a criança começa a se apropriar mais ativamente de tais marcas e, já movida pelo princípio de realidade, poderá brincar. Freud (1920) relata uma brincadeira que seu netinho realizava com um carretel empurrando-o e puxando-o enquanto pronunciava “For-da”, que significa em alemão “foi embora-voltou!!!”, como exemplo fundamental dessa passagem de quem sofre a ação para quem pratica a ação. Inicialmente, é a mãe quem atribui um brincar quando cuida de seu bebê, como uma atividade que envolve prazer. Para se ter satisfação, a condição é se identificar a certos ideais da cultura depois da entrada da lei. O bebê já não se encontra tão fixado ao fantasma materno. Num faz-de-conta, a criança goza do que projeta. Ela encarna os ideais de eu podendo se identificar ao outro. O faz-de-conta é o tempo do brincar de vir-a-ser. Se não há faz-de-conta, podemos pensar que o engate em relação ao ideal de Eu ainda não ocorreu. O brincar é o trabalho de constituição subjetiva, é o inconsciente em formação. O faz-de-conta é o tempo de passagem da passividade para a atividade: está sendo construída a borda que diferencia um dentro e um fora, uma mediação entre a mãe e a criança. A borda não propicia somente a criação do espaço intersubjetivo; ela cria a noção de tempo. A criança já é capaz de se sustentar sem ser sustentada pelo olhar da mãe. Ela não mais precisa da mãe para existir.

O *Nebenmensch*, ou complexo do objeto, é um conceito elaborado por Freud para explicar a primeira apreensão da realidade psíquica pelo sujeito. No texto *Proyeto de una Psicología para Neurologos*, ele demonstra que toda a complexidade do aparelho psíquico vai ocorrendo em função da dinâmica prazer/desprazer e de uma relação com o objeto desejado e com seus atributos. Várias são as menções à mãe feitas por Freud a este primeiro objeto de desejo:

Suponhamos, por exemplo [para pegar o caso do lactente, que a imagem desejada seja a do peito materno com o mamilo, visto de frente, porém a primeira percepção real obtida do dito objeto tenha sido uma visão lateral, sem o mamilo [...] Suponhamos que o objeto apresentado pela percepção seja similar ao próprio sujeito [perceptor]: que seja, em efeito, um *semelhante*. Em tal caso, o interesse teórico que se lhe dedica fica explicado também pelo fato de que um objeto *semelhante* foi, ao mesmo tempo, seu primeiro objeto de satisfação, seu primeiro objeto hostil e também sua única força auxiliar. Daí que seja em seus semelhantes onde o ser humano aprende pela primeira vez a (re)conhecer. Os complexos perceptivos emanados destes seus semelhantes serão então em parte novos e incomparáveis (FREUD, 1981]: p.238/239).

Neste texto, Freud nos apresenta a apreensão sempre incompleta do objeto. A condição de o objeto portar a possibilidade de dar a satisfação e a hostilidade, de ser dividido:

Os complexos perceptuais se *dividem* em uma parte constante e incompreendida – a coisa – e outra variável, compreensível – os atributos ou movimentos da coisa. Como o complexo-coisa continua reaparecendo em combinação com uma série de complexos-atributos, e estes, por sua vez, em combinação com uma série de complexos-coisa, surge a possibilidade de se elaborarem vias de pensamento que liguem esses dois tipos de complexos ao estado de desejo da coisa, [e de fazê-lo] de uma maneira que seja, por assim dizer, genericamente válida e independente da percepção que é real num dado momento. A atividade de pensamento realizada com juízos, e não com complexos perceptuais desordenados, significa, portanto, uma economia considerável (1981: p.241).

Expliquemos melhor como se processa a passagem do ser da necessidade para o ser do desejo e da demanda. O objeto da pulsão é o objeto perdido para sempre desde a primeira experiência de satisfação. E como isso se dá? Depois da primeira satisfação de tensão apaziguada pela mãe primordialmente com seio, voz e prazer, o bebê reterá um traço, uma marca dessa experiência. A partir daí, quando, por exemplo, o bebê tiver fome, ele irá ativar o traço mnêmico dessa experiência. Assim, a fome não está vinculada à necessidade. Ela é que irá produzir a memória do objeto que o satisfez pela primeira vez. Tal traço é sempre evocado depois que a experiência de satisfação ocorreu e só é evocado como objeto perdido. A ativação da marca mnêmica, dessa representação na memória, produz uma satisfação momentânea, alucinatória, como se faz nos sonhos. O bebê vai buscar, na lembrança, a representação mnêmica do primeiro objeto prazeroso: esse é o protótipo do pensamento. É, portanto, uma alucinação fundamental para a construção do psiquismo. Nesse momento, o bebê já é capaz de ativar temporariamente o funcionamento do princípio de prazer/desprazer. Entretanto a alucinação não dá conta de aliviar a tensão e ele chora demandando o objeto que, outrora, lhe trouxera prazer. O que o bebê alucina é o objeto que saciaria toda a tensão. Como ele não é encontrado, porque falta à mãe a possibilidade de tudo saciar (nunca se bebe a mesma água da mesma fonte), continua-se a buscá-lo, mas agora já com a inscrição desse não-encontro. Esse objeto é o paraíso perdido, o que nos completaria, o que procuramos por toda a vida; é o que orienta e dá encaminhamento ao desejo. Inapreensível, mítico, ele nunca existiu.

O campo da pulsão é independente do campo da autoconservação. Logo, a satisfação da pulsão oral não está no registro da satisfação da necessidade alimentar. Podemos, então, afirmar que bebês não precisam “só de leite materno” para crescer saudáveis e fazer vínculo. Freud considera a sucção como sexual, pois ela se destina à busca do prazer. Por haver prazer em jogo, dizemos que ela é pulsional e, por isso, ele afirma a existência da sexualidade infantil. No recém-

nascido, a fonte da pulsão é, por excelência, a boca. Os bebês, normalmente, nascem com apetite para a vida e com muita disposição para sugar. O objeto seio é o primeiro da lista dos objetos pulsionais enumerados por Freud (1905) (seio, excremento, filho, dinheiro, presente). Aos objetos freudianos da satisfação, Lacan acrescentaria a voz e o olhar. A amamentação é um processo que faz parte da sexualidade humana: envolve libido. Não é um processo simplesmente fisiológico. Por isso é tão difícil entender por que, às vezes, uma mãe, apesar de ter leite, não consegue amamentar. O surgimento de uma mãe e o processo de amamentação não ocorrem apenas porque uma mulher pariu e a apojadura está se dando. São construções oriundas da força pulsional.

Uma paciente, quando estava com 25 semanas de gestação, relatou o seguinte sonho: “Eu estava num carro sentada ao lado do motorista. Era passageira. Tinha uma pessoa dirigindo que não sei quem é. O carro entra numa garagem e a avó do meu marido está sentada. O carro bateu nela e o dedo dela caiu. Eu peguei correndo o dedo e coloquei num copo com um pouco de leite. Comecei a procurar pela avó para levá-la ao hospital. Ela sumiu e a gente só foi encontrá-la na varanda de um prédio fazendo ginástica. Eu falava: “Nós temos que levá-la ao hospital. Ela perdeu o dedo!” Eu estava muito aflita, preocupada, segurando aquele dedo no copo. No trabalho de interpretação do sonho, fica claro que, na questão da amamentação, tinha “dedo de avó” Esta paciente estava passando pela segunda gravidez. Ela lembrou que o primeiro mês após o nascimento de sua primeira filha foi de muita angústia. O processo de amamentação foi complicado e ela foi parar num hospital com o seio muito ferido. Naquela época, estavam presentes em sua casa sua mãe e a avó de seu marido, que se desentenderam inúmeras vezes. Este foi um sonho em que o inconsciente demandou elaboração e a paciente pôde fazer resignificações. Nele, podemos observar o processo de castração (a perda do dedo), o que denota que a paciente é marcada pela falta, tão necessária ao advir de um filho. A falta coloca em movimento o que no sonho é demonstrado com as mudanças de atitude e de lugar da avó após a perda do dedo, antes sentada e depois fazendo ginástica na

varanda. A possibilidade de falar de suas aflições e angústias pôde garantir para esta moça, em especial, uma amamentação com sucesso para seu segundo filho.

Dessa forma, não devemos falar de aleitamento, mas de amamentação, pois o seio é um dos objetos da pulsão por onde se dão a introjeção e a vinculação maternas. Isso não é instinto; não é natural. Só ocorre porque está instituída a Lei do Dom simbólico ou de Amor. A amamentação é o grande veículo facilitador desse constructo psíquico. No texto *Introducción al narcisismo*, Freud (1914) diz:

O primeiro órgão que se manifesta enquanto zona erógena e que emite para o psiquismo uma reivindicação libidinal é, desde o nascimento, a boca. Qualquer atividade psíquica é agenciada para proporcionar satisfação às necessidades dessa zona. Trata-se evidentemente, em primeiro lugar, de agir para a autoconservação pela alimentação. Todavia, cuidemos de não confundir fisiologia e psicologia. Muito cedo, a criança sugando obstinadamente, mostra que existe uma necessidade de satisfação que, ainda que extraia sua origem da alimentação e seja excitada por ela, procura seu ganho de prazer, independente desta. Assim, esta necessidade pode e deve ser qualificada como sexual (1981: p.2025).

Os objetos da pulsão são substitutos, representantes da representação deste primeiro objeto, objeto original perdido, porque, quando ele aconteceu, não havia ainda um sujeito falante para nomeá-lo. É a marca real de uma falta. Logo à marca do objeto prazeroso acrescenta-se também a marca de uma falta, de um impossível de ser alcançado. É o momento mítico fundamental que demonstra que o humano, ser de linguagem, não é regido pelo instinto: perde sua naturalidade. O mito é o arranjo do simbólico com o imaginário para dar conta do real. É condição inexorável para a civilização. O bebê tem posicionamentos diferentes durante esse percurso. A princípio, ele vai em busca, desesperada e ativamente, do objeto da satisfação. Não o encontrando, tenta tomar como objeto seu próprio corpo: sugará seu dedinho ou a chupeta, por exemplo. Esse é um movimento auto-erótico. Por isso não ser suficiente, o bebê oferta-se como objeto para sua mãe. Podemos perceber isso quando o bebê oferece o pezinho para que a mãe o beije ou a barriguinha para que, segundo o que se diz popularmente, ela possa “comê-la”.

Esse é o tempo que Freud qualifica de “passivo”, mas que, de fato, é de muita atividade. Fazer-se olhar, fazer-se “gostoso” para a mãe estabelece uma dinâmica que irá incluir prazer para ambos e, conseqüentemente, uma relação de gozo. É bom esclarecer que permanecer prolongadamente objeto do gozo tem implicações danosas na constituição psíquica de um bebê.

Várias serão as buscas realizadas a fim de encontrar o objeto perdido. Dessa forma, haverá o desencadeamento de uma impulsão psíquica que vai em direção a esse objeto, reinvestindo-o. Tal movimento se chama desejo e instaura um circuito, o **circuito pulsional**. O trajeto da satisfação da pulsão é realizado em forma de circuito que se fecharia no ponto de partida, por isso trata-se de ir ao encontro do objeto que a criou. O circuito é melhor imaginável se pensarmos num movimento em elipse. Temos a marca da presença de uma ausência — a falta real do objeto simbólico que produziria a satisfação. Uma parte da mãe é estranha. Freud (1895) a chama de “a coisa”, *das-Ding*. Essa parte estranha é a que revela o desejo de morte da mãe, quebra a ilusão da mãe puro amor. É a descoberta de que ela não dá só prazer; oferta também o desprazer. Da “coisa”, *Unheimliche*, tentamos escapar, porque ela revela a pulsão de morte que, inconscientemente, a mãe transmite.

A questão da função e do lugar da mãe está, em Freud, estruturada em relação a esse primeiro objeto de satisfação. A constituição psíquica não é possível sem a rejeição do primeiro objeto de amor, porque, rejeitado como objeto de amor, ele se torna objeto causa de desejo. Voltaremos a esse ponto com Lacan. Toda criança precisa sofrer a marca dessa experiência. No início da construção psíquica, a mãe é o amor representante desse objeto. É, portanto, intensa e exclusivamente amada, sempre demandada. No texto *Sobre la sexualidad femenina*, Freud assegura que “O amor da criança é desmedido: exige exclusividade; não se conforma com participações” (1981: p.3081). É preciso que o bebê sofra uma decepção para que dela possa se desvincular. O romance edipiano se dá em torno dessa mãe-objeto de satisfação — seja de amor, de desejo ou de gozo — e do pai, que tem a função de ser o portador da proibição

deste objeto. Depois dessa desvinculação, passamos a maior parte da vida procurando o objeto ideal, aquele que só satisfaria, que não decepcionaria, que seria isento da parte estranha. Mas o que encontramos são apenas substitutos, “objetos virtuais”. As buscas repetidas da tão desejada “arca perdida”, o nosso Santo Graal — objeto-falta — estrutura gradativamente o psiquismo. É a falta que movimenta o aparelho psíquico. Para desvincular-se deste objeto é preciso passar pelo complexo de castração. A castração é um processo simbólico que potencializa a falta originária do elemento que daria a satisfação. Como não portamos esse elemento, teremos que transmitir essa falta. A mãe castrada transmite as energias da libido e da pulsão de morte e o traço dessa falta, isto é, o falo em sua vertente positiva. Os humanos sofrem da falta do falo. Retornaremos a esse ponto.

Diante da castração materna, os meninos, por imaginariamente encontrarem no pênis uma representação do falo, tentam preservar o objeto amoroso mãe, deslocando para o pai o ódio que seria destinado a ela, mantendo, entretanto, um certo menosprezo pela mulher. Para a menina, por sua vez, esse processo é mais complexo, pois ela não tem o aporte anatômico por onde melhor poderia fazer sua desvinculação. Freud revela que, na intensa vinculação da menina com sua mãe, reina uma forte ambivalência, que corresponde à principal condição responsável pela desvinculação a tão poderoso objeto. Freud dá à vinculação mãe-bebê um cunho altamente significativo, chegando mesmo a dizer que a fonte de uma possível dependência da mulher em relação ao pai está no elo tecido com a mãe. É o tempo pré-edípico, muito mais importante para a mulher que para o homem. Ao eleger um marido, as mulheres o fazem de acordo com o modelo paterno. Entretanto é com esse marido que repete sua má relação com sua mãe. A relação materna é a mais primitiva, logo as futuras relações amorosas receberão transferencialmente conteúdos deste laço afetivo primário.

Esta experiência psíquica só pode ocorrer porque, para o psiquismo feminino, como mostra Freud, o filho é um representante do objeto que falta. O falo manifesta-se como signo do objeto de desejo. Isto quer dizer que o que nos

mantém vivos enquanto seres falantes, efeitos da linguagem, é a marca que recebemos desse objeto, aquilo que tamponaria o vazio humano. Um bebê, candidato a ser da linguagem, não clama apenas por saciar a fome, mas pelo prazer. Toda nossa vida a partir de então será destinada à busca do prazer, da felicidade, do objeto que imaginamos estar sob a guarda do outro: objeto que procuramos para saciar este cavo. Por isso, a felicidade completa é impossível; só conseguimos beirá-la.

Estamos privilegiando a relação da mãe com sua filha por estarmos tratando do processo de tornar-se mãe. Entretanto é importante não deixarmos de apontar, com Freud, que a condição psíquica da sexualidade, no momento inicial da vida, não é exclusiva da menina. Ele destina, em seu texto *Sobre la sexualidad feminina* (1932[1933]), uma particular atenção ao percurso sexual da menina. Introduce questões de grande relevância para o esclarecimento daquilo que a pequena menina pretende de sua mãe e quais os fins sexuais desta vinculação particular. Assegura que tais fins em relação à mãe têm caráter ativo e passivo. No mesmo texto, Freud declara:

Às primeiras vivências total ou parcialmente sexuais do filho com sua mãe são naturalmente de caráter passivo. É esta que o amamenta, o alimenta, o limpa, veste-o e o obriga a realizar todas as funções fisiológicas. Parte da libido do filho se mantém aderida a estas experiências e goza das satisfações com elas vinculadas, enquanto que outra parte tenta sua conversão em atividade. Primeiro, o processo de ser amamentado pelo seio materno é substituído pela sucção ativa (1981: p.3084/3085).

Freud é bem claro quanto ao exercício da função materna, mostrando que, por um dia ter sido cuidada, ter participado de forma passiva desta atividade materna, é que a menina pode realizar este desejo de forma ativa com suas bonecas. Freud diz que as brincadeiras com bonecas são uma fonte da atividade feminina, sobrepondo a função materna e a feminilidade. Ao brincar com a boneca, a menina está realizando ativamente seu desejo de ser mãe. É

interessante, no processo de escuta da função materna, solicitar que sejam relatadas as experiências das brincadeiras infantis. Elas mostram como se deu esta passagem do brincar à maternidade e qual foi a interpretação que cada uma pôde realizar do que é ser uma mãe.

### 3.3 A MÃE FÁLICA

No primeiro momento, a mãe, seu semelhante, é, para o bebê que se encontra em estado de impotência para a vida, lugar de amparo e de alívio de tensão; fonte de prazer. Sua ausência causa angústia. Com ela, ele consegue saciar-se, o que ocasiona uma ilusão de completude. A primeira experiência de satisfação humana se dá na presença da mãe e com ela. A mãe deste momento porta o que lhe falta, portanto é fálica, pois, para Freud, quem tem o poder de ter o que não podemos ter para nos saciar porta o falo. No texto *A significação do falo*, Lacan, revisitando Freud, reafirma: “em ambos os sexos, a mãe, mais primordialmente, é considerada como provida do falo, como mãe fálica” (Freud *apud* Lacan, 1998: p. 693). Nesse tempo, a mãe precisa ser a causa de seu desejo, emprestar-lhe essa ilusão, amamentá-lo em sua demanda. Ela é uma imagem fálica, que, na verdade, não existe; que será sempre buscada, porque foi uma ilusão. A rigor, a mãe fálica é uma construção do bebê. Isto porque, para as crianças de ambos os sexos, como já dissemos, ela é o primeiro objeto de amor. Em contrapartida, o primeiro objeto de identificação é o pai, conforme nos mostra Freud em 1921. A primeira identificação da criança é ao pai que se gostaria de ser, o que pressupõe uma mãe referida ao *falo*. O bebê falicizado se identifica aos traços inconscientes da mãe. A primeira identificação é ao traço do pai que a mãe porta, pois o filho é, psiquicamente, aquilo que sobrou como representante de sua operação psíquica sexual junto ao seu pai quando menina. No texto *Totem e Tabu* (1912-3), pode-se fazer uma leitura dessa primeira identificação ao pai. Nele,

encontramos a base do processo humanizador, a entrada na civilização — a culpa totêmica é o primeiro estado de direito. Esse texto, construção científica de Freud, refere-se à autoridade paterna. O pai gozador, aquele que tudo pode, é morto por seus filhos e, no lugar vazio do pai morto, surgem a lei simbólica e a culpa. Ocorre a lei do incesto em que o poder do amor faz o homem se privar, momentaneamente, de seu objeto sexual (a mulher) em prol da função materna, e a mulher/mãe priva-se de seu filho como objeto de gozo em prol do homem amado. A lei paterna divide o sujeito. Somos os únicos animais que lutam por outras coisas senão a sobrevivência. O vazio do pai fez com que os homens se unissem para enfrentar a natureza: a união vem do desamparo.

A mãe só pode oferecer a ilusão de que ela é fonte de todo o amparo do filho porque, nesse tempo, o bebê lhe é tido como o objeto que a completaria. Por sua vez, ele lhe oferece a ilusão de que é o objeto tão procurado por ela. O filho é, portanto, um substituto do falo para a mãe. Ela, então, fica fálica. São momentos simultâneos. Porém, isso não pode durar para sempre. Chega a ocasião em que a ilusão vacila e a falta do objeto se apresenta: o que estava velado se revela. Não é adequado manter a “farsa” por longo tempo. Se essa falsa imagem se mantém, grandes são os riscos para o desenvolvimento da criança, para a sua constituição subjetiva. A mãe que dá a ilusão é aquela que também desilude. Ela tem, como salienta Freud, a vertente *das-Ding*. A mãe porta amor e ódio; porta Eros e Thanatos. A mãe, como todo humano, é marcada pela pulsão agressiva original; não é puro dom de amor. Pode, portanto, ao descobrir que seu filho não é seu falo, desfalicizá-lo. O desmame tem diferentes variações e intensidades. Pode se dar com sofrimentos passíveis de serem elaborados, com grande melancolia ou com desamor. Essa passagem é observada clinicamente em situações de abandono, depressão pós-parto, maus-tratos, dentre outros.

Toda a teoria freudiana da sexualidade infantil se baseia na premissa fálica. É em torno do falo que a constituição subjetiva ocorre. A castração é a marca da falta desse objeto. Diante da castração originária, a menina sente-se inferiorizada, até porque ela percebe a diferença anatômica dos sexos e responsabiliza sua mãe

por tê-la desprovido do pênis, confundindo, assim pênis com falo. Nasce, assim, a “inveja do pênis”, que marcará sua evolução e seu caráter. Freud revela que o fato de a menina reconhecer-se castrada não significa que tenha aí uma aceitação da castração. É isto que faz a mulher buscar meios substitutivos de reconhecimento. Ele acrescenta que a castração é um ponto crucial da evolução da menina. Quando ela descobre que a mãe é castrada, passa a dividir os seres humanos em dois grupos: os seres fálicos ou portadores de pênis e os seres não fálicos ou não-portadores de pênis. Através de Freud, descobrimos que toda mãe é fálica até que o complexo de castração possa entrar em vigor, visto que todo filho é um substituto fálico. Se ela não está referida à castração, isto é, se a falta nela não estiver potencializada, poderá manter seu filho como objeto falo, ou objeto fetiche. O fetiche é um substituto do pênis, não de qualquer pênis, mas do pênis da mãe. O fetiche, enquanto imagem projetada, não precisa necessariamente parecer com os objetos genitais. Ele não é o falo, é um signo de vitória contra a ameaça da castração. A mãe tem que reconhecer algo dela na criança, todavia precisa renunciar a fazer da criança pedaço de continuação de si mesma. A mãe fálica é aquela que, em algum momento, tem seu filho como o objeto de seu desejo. Essa é uma vertente que, se perdurar, dispensa a presença paterna, pois está remetida a uma fase pré-ediipiana. Portanto, sem a presença paterna, a constituição subjetiva fica prejudicada. A mãe pode transferir para o filho as ambições que teve que recalcar, e o filho passa a ser o depositário de todo o complexo de masculinidade que ainda resta nela. Por isso, Freud chega a dizer que o filho homem tem, para o psiquismo feminino, uma característica diferente de uma filha. Ele é fonte de satisfação ilimitada. “É, em geral, a mais acabada e livre de ambivalência de todas as relações humanas” (1981: p.3177). Isso pode ser muito danoso ao psiquismo infantil.

Freud (1932) observa que o desejo feminino, por excelência, é o desejo de ter pênis. Em 1923, ele esclarece o **primado do falo** e também a encruzilhada fálica, onde a menina, diante da descoberta da falta do pênis, terá que escolher entre três caminhos: o primeiro está relacionado à perda do gozo fálico; o desejo, antes ativo e orientado para a mãe, com a inveja do pênis, sofre uma inibição

sexual, o que resulta na neurose. Ofendida, renuncia à masturbação clitoriana — atividade especial da sexualidade infantil — ao amor da mãe e, muitas vezes, a qualquer outro envolvimento sexual. O objeto de seu amor era a mãe fálica, a que não era castrada. O segundo caminho é a manutenção acirrada de seu desejo de ter o pênis, com o conseqüente desenvolvimento de um “complexo masculino”. A terceira possibilidade é a que Freud estabelece como “normal” e diz ser a condição do exercício da feminilidade. Essa condição pressupõe uma equação simbólica, uma substituição de desejo de pênis pelo desejo de filho. O filho é um dos representantes da série simbólica de objetos substitutivos do falo.

A interpretação da questão do feminino, para Freud (1930), é pela maternidade. O desejo dirigido ao pai tem sua origem na suposição de conseguir dele o pênis que lhe foi negado pela mãe. Diante da impossibilidade de receber também dele o objeto do desejo, visto que o pai, apesar de ter pênis, também é castrado, a menina substitui, por equivalência simbólica, o pênis pelo filho. Antes da decepção amorosa, a menina também havia desejado ter um bebê, o que fica evidenciado nas primitivas brincadeiras com as bonecas nas quais ela era a mãe e a boneca era ela mesma. Mas essa não era uma atividade feminina; era uma elaboração de sua identificação ao objeto amoroso, deixando de estar na posição passiva para ocupar a posição ativa.

Uma paciente busca ajuda por ocasião do seu sexto episódio de aborto e, em sofrimento, relata a impossibilidade de ter um filho de seu namorado, pois dizia não poder “ter filhos sem pai”. Essa mesma jovem, filha mais velha de seus pais, foi a que ficara responsável pelo cuidado de todos os irmãos, o que fizera muito afetivamente. Sua mãe, criada por uma senhora que não a adotara, contava que “casara para ter um lar”. Dos seis filhos gerados por sua mãe, o último foi entregue aos cuidados da paciente, até mesmo na aquisição de todo o enxoval. Lembremos a afirmação de Freud sobre o desejo primário que é de “dar um filho à mãe”, o que foi totalmente invertido nesse caso. Sua mãe morreu de um câncer uterino um ano após a perda de seu quarto filho, morto tragicamente aos 19 anos por afogamento. Seu pai, que sofria de alcoolismo, envolvia-se em constantes crises e a paciente,

perdida em sua função de filha, abandona a casa materna. O irmão/filho, já envolvido em drogas, adoece de Aids e morre aos 16 anos de idade. Nenhum de seus irmãos e irmã conseguiu procriar, mas todos conseguiram ter suas casas próprias. A casa desta paciente foi conquistada na relação com o namorado. Inconscientemente presa à determinação materna, mais que um filho, o desejo em vigor era o de ter um lar, por isso, todos os seus projetos de filho não deram certos. Por outro lado, seu namorado teve filhos com outra mulher. Este caso clínico demonstra que a assunção da função materna exige bem mais que a primitiva identificação à mãe. A posição identificatória à mãe não está relacionada a ter um filho; a função materna está vinculada a receber do pai o falo, ou seja, o pênis-filho. Para o desejo de ter um filho é preciso que se tenha vivido a experiência da castração e, pela inveja do pênis, tenha se dirigido ao pai como recurso. Para se desejar um filho, o pai precisa entrar em cena. Com desejo, a menina entra no complexo de Édipo. Segundo Freud, o complexo de Édipo na menina é o desenlace de uma difícil evolução: “uma espécie de solução preliminar, uma postura de descanso” (1981: p.3174). Para se atingir a feminilidade, as perdas conseqüentes do recalque precisam não ser tão grandes. A paciente não conseguia percorrer o terceiro caminho apontado por Freud como o normal para que o feminino pudesse ser efetivado.

A mãe do tempo pré-edipiano é considerada fálica, detentora do falo. A partir do desmame, o objeto amoroso mãe desencadeia fortes sensações hostis. O modo como a menina atravessou a decepção causada pela mãe terá efeitos em sua condição de tornar-se mãe. A relação mãe-filha é, geralmente, catastrófica, pois ela esperava mais de sua mãe. Freud defende que o nascimento de um filho (ou uma filha) pode reativar antigas forças relativas à vivência da castração, e a agressividade pode acompanhar os momentos do pré-natal, do parto e do puerpério.

### 3.4 A MÃE COMO OBJETO DE IDENTIFICAÇÃO E COMO FIGURA DE SUPEREU

A maternidade, conforme esclarece Freud, pode reanimar uma identificação com a mãe contra a qual, muitas vezes, a mulher se defendeu:

A identificação da mulher com sua mãe mostra dois estados: um anterior ao complexo de Édipo, que repousa sobre a vinculação amorosa à mãe e que a toma como modelo, outro, posterior, baseado no complexo de Édipo, que quer afastar a mãe e substituí-la ao lado do pai (FREUD, 1981: p.3177).

Nenhum desses dois estados é totalmente abandonado. Freud afirma que, para os destinos da mulher, a primeira identificação amorosa é a mais decisiva. É nesta primeiríssima relação de amor, em como foi cuidada e recolhida do desamparo primordial, ao qual Freud (1895) se refere em seu texto *Projeto de uma psicologia para neurologistas*, que a mulher/mãe, identificada inconscientemente com sua própria mãe, poderá ou não acolher seu bebê. O momento do nascimento de um filho reativa, psiquicamente, vivências muitas vezes impossíveis de serem lembradas. As marcas deste encontro com sua própria mãe, quando de seu nascimento, serão atualizadas ou reeditadas na relação com seu bebê. É um momento singular do percurso feminino. Sofrimentos podem dar sinais pelo seu corpo, pois, onde não há palavra, pode haver sintoma.

A condição do desmame e a proibição da atividade masturbatória são, segundo Freud, as primeiras intervenções maternas. Pelos inevitáveis desapontamentos, a atitude de amor dá lugar à de pesar. Na primeira fase da vida erótica, a ambivalência é a regra. A intensa ligação amorosa da menina com a mãe é fortemente ambivalente, e seu afastamento tem que ser realizado à força.

Em consonância com Freud, Geneviève Morel (2008) diz que, antes da lei do pai, a criança estava totalmente entregue ao “reino da mãe”: a lei era materna. Ela salienta que a lei da mãe acorrenta; é feita de palavras ligadas ao prazer e ao sofrimento, em resumo, ao gozo materno. São transmitidas para a criança desde sua mais tenra idade e imprimem-se para sempre em seu inconsciente, modelando fantasmas e sintomas. A lei materna é obscura e torna a sexualidade da criança repleta de ambigüidades. Enquanto *infans*, somos subordinados ao gozo da nossa mãe: assujeitamo-nos. Em 1927, Freud deixa claro que as marcas mais decisivas do sujeito são dadas por uma fala com força de lei. Trata-se da lei mais arcaica, da lei da mãe, do supereu arcaico. São ditos imperativos que se inscrevem de forma devastadora, repercutindo durante a vida do sujeito: “Você nunca será uma boa mãe” como veremos no caso a seguir. Separar-se da lei da mãe é muito custoso. Não se separar da mãe é se deparar com graves psicopatologias. A que amamenta também permite o desmame, que é fruto da decepção amorosa. Quem desmama é o bebê. Ele se desmama, porque já pode substituir uma coisa por outra. Ele pode brincar.

Uma paciente não queria tocar seu bebê enquanto estavam em uma unidade de tratamento intensivo por ele haver nascido fora do tempo previsto e com baixíssimo peso. Perguntada sobre qual era a dificuldade que a estava impedindo de tocá-lo, uma vez que sua visita estava liberada, disse que tinha medo, porque poderia causar mais danos a seu bebê do que os que já lhe havia causado. Questionada sobre que danos seriam aqueles, respondeu que, quando criança, depois de quebrar uma boneca, sua mãe lhe disse que ela jamais seria uma boa mãe. Em decorrência disso, ela pensava que não segurá-lo nem amamentá-lo seria o melhor que poderia fazer por ele, pois o estaria protegendo, já que não conseguiu segurá-lo pelo tempo necessário na barriga. Essa paciente estava sob um vaticínio materno e, conseqüentemente, evidenciava um risco da operação de sua função materna. Foi preciso escutá-la e deixá-la falar de sua relação primária com a mãe para que, com o apoio do analista, ela tivesse a possibilidade de fazer uma retificação subjetiva de seu lugar infantil e ascender ao lugar de mãe, não mais cuidadora de uma boneca, mas de um filho. Havia sinal de

que esse bebê não estava referido à posição edípica, em que o referencial é ao pai: ele estava ocupando um lugar que o sujeito ocupara antes na relação primária com a mãe.

É preciso sair da posição passiva frente à lei materna (superego materno) e à ambigüidade sexual, para entrar no complexo de Édipo, ou melhor, para que a lei paterna, resultante do processo edípiano, tenha vigor e o sujeito possa assumir uma identidade sexual. Aí sim, ele poderá desejar um filho. O superego materno é perverso: faz do filho seu objeto de gozo. O sujeito precisa deixar de se identificar à imagem fálica da mãe. A criança deve, necessariamente, separar-se da mãe para ganhar vida psíquica. Ela precisa não completar a mãe. O falo precisa passar do imaginário para o simbólico. O falo simbólico pressupõe a operação de castração, ou seja, uma mãe renunciando ao filho enquanto objeto de sua fantasia. A criança investida como falo materno está no lugar de Ideal de Eu. Todavia, para se constituir enquanto um sujeito, não deve permanecer nesse lugar. Na perversão polimórfica da infância, o sujeito se faz instrumento do gozo da mãe. Nem sempre é pela via do Édipo que essa separação da mãe ocorre. Frequentemente, é pela via do sintoma. Uma criança pode desencadear um sintoma orgânico como apelo à separação. Por isso, a doença em crianças de tenra idade requer uma leitura do vínculo materno-infantil. A falta da lei paterna deixa o filho à mercê do gozo materno. É o que se observa frequentemente nas psicoses. É pela via da construção de um sintoma, aí não mais de um sintoma orgânico, mas de um sintoma como formação do inconsciente, que o sujeito consegue a separação desse gozo.

De acordo com Freud (1930), o supereu é uma voz e um olhar interiorizados que censuram e criticam. Como já foi dito, a mãe, primeiro objeto de amor, convoca e provoca o bebê com seu supereu de gozo, passional. O supereu é, ao mesmo tempo, jubilatório e proibidor, isto é, comanda o gozo, mas também limita o desejo. Enquanto herdeiro do complexo de Édipo, portanto submetido à Lei da castração, é a sedimentação do interdito parental que proíbe, frustra e enuncia negações. O supereu, por estar vinculado a duas leis, possui um mandato

contraditório: dá duas ordens contrárias simultaneamente — goze e prive-se. Ele é a fonte do sentimento inconsciente de culpa. Para Freud, a função do supereu é a de comparar o Eu Real com o Ideal de Eu. Daí provém o sentimento de culpa, pois o Eu Real está aquém do Eu Ideal. O Eu Ideal é chamado por Freud de **sepereu arcaico** e cruel; é bem anterior ao supereu edipiano e não é transmitido pela educação. É obscuro e poderoso. Está associado ao sentimento de culpa advindo do desejo hostil dirigido ao objeto amado. Ele é imperativo; é um imperativo de gozo. Já o supereu herdeiro do complexo de Édipo é resultante das relações configuradas com os representantes parentais e seus substitutos — avós, babás, professores — mas aí o supereu está operacionalizado pela lei paterna. A lei paterna é a que limita a lei materna, interditando o gozo devorador e impedindo o incesto.

Através da escuta do sujeito, observa-se que é o imperativo de gozo o que opera, por exemplo, nas inúmeras tentativas de engravidar e nos conseqüentes abortos espontâneos que frustram muitas mulheres. Não raro cabe a este supereu arcaico, impedir a amamentação ou provocar desde a depressão pós-parto — hemorragia de libido — até a repetição de atos homicidas (por exemplo, o fato de uma mulher ter tido três filhos que morreram por broncoaspiração), etc. Uma analisanda conta de sua imensa dificuldade para amamentar o primeiro filho. Ao procurar o pediatra para que ele a ajudasse a executar o que, para ela, era seu “dever materno”, o médico a aconselhou que deixasse o bebê chorar, que o deixasse com fome, de forma que ele não teria outra alternativa senão mamar em seu seio. A mãe disse que lhe era insuportável ouvir seu filho chorar, mas o pediatra mandou-a agüentar, pois seria só por um período. E, para confirmar sua tese, encaminhou-a a uma sala com a criança, que chorava copiosamente, para que lá ficassem até que o bebê desistisse de chorar e sugasse seu seio. Não aconteceu o que o pediatra previra e, após uma hora de pura aflição, desespero, cansaço, sentimento de incompetência e impotência, sentindo-se derrotada e culpada por ter sido incapaz de cumprir seu “papel de mãe” e fazer o que, segundo o pediatra, era preciso, a mãe saiu daquela sala e se assumiu uma má mãe, que nada mais tinha a dar a seu filho senão leite industrializado numa mamadeira. A

partir daí, a função materna é paralizada e o bebê passa a apresentar sérias complicações em seu desenvolvimento. Essa paciente tinha sérios conflitos com sua mãe. O impedimento proveniente do supereu arcaico precisa ser levado em consideração em toda relação materno-infantil a fim de que os obstáculos ao funcionamento da função sejam entendidos como processos inconscientes, não raro, contrários à vontade da mãe. A atitude do supereu tanto pode ser de proteção quanto de imposição da dor.

A sintomatização, ou não, da estrutura vai depender da magnitude relativa das forças contrárias, ou seja, o amor precisa suplantar o ódio. É preciso, por amor ao pai, separar-se da mãe; retirar a libido do primeiro objeto amoroso. A primeira identificação está relacionada à identificação ao ser, ser o falo da mãe. Dela não há como escapar quando se está envolto nas tramas inconscientes da vinculação ao *Nebenmensch*. Freud diz serem os processos de identificação e de formação do supereu mais complicados nas mulheres. Quanto mais a criança preenche o vazio materno ocupando o centro das afeições da mãe, o lugar do falo, mais ela angustia a mãe, pois a falta da falta angustia. A criança-objeto não consegue alcançar o lugar de sujeito de desejo. Ela serve aos caprichos maternos. Quanto menos dividida encontra-se a mãe para a criança, mais em risco está a constituição psíquica desta.

Sérios também são os casos de crianças que não se encontram referidas à posição fálica. São crianças-sintoma. Um exemplo disso é o caso de um bebê que chegou a certa unidade de saúde com apenas 28 dias acompanhado de sua mãe biológica e da avó materna, que diziam ter vindo para cumprir uma etapa de seu calendário vacinal. A auxiliar de enfermagem notou que o bebê estava com algum problema, pois gemia em vez de chorar. Ela então pediu que uma pediatra o avaliasse. O bebê tinha os dois fêmures, três costelas e o crânio fraturados, além de rompimento de baço. Ao ser indagada sobre o que acontecera, a mãe relatou que a vizinha havia sentado “sem querer” sobre o bebê. Hoje, esta “mãe” se encontra detida, o pai, refugiado, e o bebê, que conseguiu ser escutado em seu gemido pela equipe de saúde, foi operado, retirado da guarda dos “pais” e

colocado para adoção. Trata-se do filho de uma adolescente de 16 anos e de um rapaz que a espancava. A jovem confessou à Justiça que, durante os momentos de espancamento, ela o utilizava para se proteger. Ele era seu objeto “escudo de proteção”. Perguntamo-nos como deve ter sido a relação primária desta jovem com sua própria mãe. Impossível calcular quanta hostilidade pode ter sido vivenciada em sua experiência pré-edípica com o objeto materno, para que, no momento em que essa moça teve a possibilidade de tornar-se mãe pela primeira vez, isso fracassasse, e seu bebê passasse a ser usado como anteparo à agressividade do outro. Este caso é o reverso do tão declarado e importante lugar que a criança deve vir a ocupar no contexto familiar. Em *Introducción al narcisismo*, Freud assegura que, para as funções materna e paterna se estabelecerem, é preciso que o bebê venha a ocupar o “centro e o nódulo da criação: *His Majesty the Baby*, como um dia estimamos ter sido” (FREUD, 1981: p.2007).

O ponto mais espinhoso do sistema narcisista, a imortalidade do Eu, tão duramente negada pela realidade, conquista sua afirmação refugiando-se na criança. O amor parental, tão comovente e tão infantil, no fundo, não é mais que uma ressurreição do narcisismo dos pais, que revela evidentemente sua antiga natureza nesta sua transformação no amor objetal (FREUD, 1981: p. 2027).

Para a criança, não há nada mais necessário ao desenvolvimento de seu psiquismo do que pais assumindo suas funções. Pais que sirvam de matriz de segurança e proteção. “Não consigo pensar em nenhuma necessidade da infância tão intensa quanto à da proteção de um pai” (FREUD, 1997: p.19).

Com Freud, muito caminhamos para o entendimento de que ser mãe e ter um filho são processos que estão relacionados à atividade psíquica inconsciente. Entretanto ainda permanecemos, após tantos anos, precisando fazer valer a pulsão sobre o instinto no campo da saúde materno-infantil. Com Lacan, a partir de sua releitura de Freud, caminhamos mais e passamos a ter maior clareza da

perspectiva freudiana. Vários foram os acréscimos de Lacan ao entendimento do complexo de *Nebenmensch* e da função paterna. Neste próximo capítulo, tentaremos esclarecer o quanto o Outro primordial de Lacan, desde 1936, comporta e ao mesmo tempo traz diferenças ao *Nebenmensch*, por estar vinculado ao campo da linguagem como seu representante, portando a condição da alteridade.

## 4 A MÃE EM LACAN – O OUTRO PRIMORDIAL

*“[...] o que se deve fazer, como homem ou como mulher, o ser humano tem sempre que aprender, peça por peça, do Outro” (LACAN, 1988: p.195).*

Para Lacan (1964), por estar o sujeito submetido ao campo da linguagem, todo seu percurso, desde o nascimento até a morte, estará vinculado a uma ordem, a uma cadeia de significantes oriunda daquele que irá representar o campo do simbólico. É na cadeia, na relação de um significante com outro, nesse deslizamento, que haverá possibilidades de sentidos variáveis e/ou pontos de fixação de sentido. São marcas, inscrições simbólicas, efeitos da mãe. São traços de gozo separados por seio, fezes, olhar e voz, os quais Lacan (1970) designa de *lalíngua (lalangue)*. Um significante entra na cadeia simbólica discursiva de um sujeito carregado de possibilidades de sentido. Entretanto, por estar na condição de assujeitamento, apenas alguns desses significantes marcarão de forma singular o pequenino bebê. Mãe, por exemplo, é, sem dúvida alguma, um significante impregnado pela cultura de sentidos imaginários, o que faz com que haja muito equívoco, pois, mesmo carregado de significados, o que realmente impera é o que cada sujeito traz impresso em seu corpo a partir da sua relação com o seu Outro materno. O inconsciente não está aberto para todas as direções. Existe um automatismo de repetição que insiste na cadeia. Não há uma liberdade

total para o ser falante. Os significantes que vêm do campo do Outro marcam, fazem trilhamentos. O Outro é o lugar do significante, é o “tesouro do significante” (LACAN, 1999: p.162).

Sob esse campo do Outro, que, na ordem simbólica, é o meio no qual a criança nasce imersa, ocorre uma simbolização primordial, a primeira simbolização. Uma fala inaugural que antecipa o futuro abre a cadeia significativa, amarra a criança numa rede familiar com símbolos paternos e maternos, incluindo esse filho numa linhagem, numa cultura. O bebê humano precisa de um outro, um outro que, como representante do campo da linguagem, possa ocupar um lugar na cadeia simbólica e o vá inserindo-o nessa cadeia muito antes do seu nascimento. A mãe é, ao mesmo tempo, o pequeno outro e o grande Outro. “O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (LACAN, 1988: p.193/194).

Para a psicanálise, ser mãe e ter um filho envolve um projeto desejante, uma escolha posta em ato pelo sujeito que deseja. Isso trará efeitos, desdobramentos estruturais. O enlaçamento inaugural, o vínculo amoroso, é realizado pelo Outro da linguagem que amarra a origem da estruturação subjetiva do futuro-anterior do pequenino filho, ou seja, aposta no proto-sujeito – o *infans* – para que ele possa advir como sujeito do desejo. Um filho deve existir antes mesmo de seu nascimento: quando é enunciado. Ele deve ser falado, imaginado, nomeado, esperado. Para a constituição subjetiva, a palavra precisa ultrapassar o significado; precisa ser cunhada de significação fálica. Isto só é possível porque há desejo em jogo.

Assim, o outro, a partir do lugar do Outro, colocará em função o *Outro primordial*, a mãe. “A primeira relação de realidade desenha-se entre a mãe e o filho, e é aí que a criança experimenta as primeiras realidades de seu contato com o meio vivo” (Lacan, 1957-1958: p.186). Cabe ao Outro o ato de nomear, o que inclui e inscreve a criança no campo da filiação (sistema cultural – simbólico)

tornando-a filho. A nomeação é uma produção de marcas. Ela dá corpo psíquico e pré-existência, bem como faz laço social. Para o processo de “humanização”, é fundamentalmente importante que se estabeleçam laços sociais, o reconhecimento de que o bebê faz parte de uma história familiar e que dele se espera algo. Desse jeito, a criança abandona seu estado de pura carne para atingir o estatuto de filho de alguém: sai do anonimato. É de suma importância e de grande preocupação, merecendo uma escuta mais apurada, gravidezes em finalização de processo cujos bebês ainda se encontram desprovidos de um nome. Merece também uma melhor escuta as gestantes que se encontram imersas em negação, nomeando o que gesta de mioma, câncer, pedra, etc.

Como se vê, a psicanálise defende que, para se alcançar a constituição de ser falante, não basta possuir um aparato orgânico, embora reconheça sua grande relevância, pois não passa despercebido à escuta dos analistas que alterações biológicas podem influenciar a montagem da estrutura, principalmente porque o sujeito é, a princípio, montado por antecipação no campo do Outro. Sobre essa relevante participação do orgânico, temos como exemplo o relato de uma paciente que, indagada sobre o que supunha estar prejudicando o desenvolvimento psíquico de seu filho, responde que, quando grávida e esperançosa de um filho saudável, recebera a notícia de que este portava sinais indicativos da síndrome de Down, associando, assim, esse fato à desmontagem ocorrida em seu psiquismo do lugar de filho construído anteriormente ao anúncio. Ainda elucidando o valor do orgânico na ocorrência de prejuízos à montagem psíquica, é bom esclarecer que nem sempre o dano precisa ser uma alteração congênita ou hereditária. Às vezes, basta o nascimento prematuro do bebê ou o advento anatômico do nascimento de uma menina no lugar de um esperado menino.

Sabemos que as alterações genéticas podem ser um fator importante, porém não determinante, pois a constituição que responde pela condição humana não está restrita ao biológico, mas sim ao arranjo desse orgânico com o instrumental simbólico do contexto em que nascemos e suas implicações

imaginárias. Sob a leitura da psicanálise, falar de constituição humana é o mesmo que falar de constituição psíquica, de sistema pulsional, de sujeito da linguagem, de sujeito portador de desejo e de demanda. A constituição do sujeito é estruturada a partir do arranjo de três registros: os elos *real (R)*, *simbólico (S)* e *imaginário (I)*, através de uma nodulação. Esse nó se efetivará sobre o significante designado por Lacan de Nome-do-Pai, que realizará a marca fundadora do sujeito e seu trilhamento inconsciente. Assim, estar-se-á construindo um sujeito com uma disposição especial, único. Em 1966, Lacan pediu que os analistas reconhecessem que “[...] a psicanálise é, essencialmente, aquilo que reintroduz na consideração científica o Nome-do-Pai” (PORGE,1998: p.50). Esclareceremos melhor esse processo: para sermos sujeitos, precisamos ser registrados nos três campos e que eles façam um nó. Os registros real, simbólico e imaginário e a maneira como vão se nodular é que determinarão a forma pela qual o sujeito se organizará como ser falante, fazendo seus laços sociais. No centro desse nó, numa região de interseção, comum ao inconsciente e à pulsão, encontramos a hiância — cerne da pulsão — e a falta constituinte do inconsciente, o lugar do *objeto a*.

Tentaremos, de forma simples, elucidar um pouco mais sobre esses registros. O **real** é o que da experiência de humanização, de desnaturalização, escapa, ou seja, é o que ainda sobra da nossa natureza e a que, por isso, não conseguimos dar nenhum sentido. É, por exemplo, o que nos faz ficar surpresos com certos atos que o humano, mesmo dentro de uma cultura, é capaz de realizar, muitas vezes contra sua vontade, como, ao nascer, matar o próprio bebê que gestou. Sobre o **imaginário**, podemos dizer que é o registro do engodo e da imagem, ou melhor, é aquele onde o Eu é constituído especularmente na relação com o semelhante. Comporta sempre uma relação fixa entre dois elementos. É na relação com o outro que encontramos implicada uma dimensão dual cujos efeitos são de desconhecimento, amor e agressividade. O **simbólico**, como já vimos relatando, é o campo do Outro, fundamentalmente importante para a humanidade. É ele que nos diferencia de qualquer outro animal, pois porta os signos e significantes — a língua — condição de acesso à fala.

Somos seres do simbólico, afetados pelos significantes do campo do Outro e, em função disso, Lacan se reportou a Freud quando este dizia que há um pensamento, que é inconsciente, advindo desse campo, restos mnêmicos. Por sua vez, Lacan (1964) mostrou que tal pensamento inconsciente corresponde ao encadeamento dos significantes que recebemos muito antes de termos consciência de que existimos. Isso quer dizer que há uma representação mental inconsciente que desconhecemos e que é representativa da pulsão, energia que movimentava o aparelho psíquico e que vem do campo do Outro. Apenas portamos o traço, o traço unário dessa inscrição significativa, que mais adiante veremos estar referido à voz e ao olhar do Outro. É o traço do objeto perdido. O traço que nos humaniza. O objeto perdido é, então, relativo à voz e ao olhar do Outro. Logo pensamos, porque estamos sob o vigor do campo pulsional do Outro.

Freud (1895) afirma que uma pulsão não pode passar a ser objeto da consciência a não ser por uma representação. Essa representação – *Vorstellung* – só se alcança por meio do seu representante – *Vorstellungsrepräsentanz* – o representante da representação do investimento pulsional do Outro, isto é, não podemos pensar sem a condição do imaginário. O significante, para ter sentido, precisa estar acoplado a uma representação, e essa representação é sempre a partir de uma sobredeterminação imaginária pulsional, portanto narcísica, desse Outro que nos marcou. A “humanização” do filhote humano não se dá *per se*. É um processo realizado por outro humano familiar que o introduz na condição de ser falante. Capturado, assim, nesse campo do Outro, o bebê perde sua condição natural, visto que houve um desejo direcionado a ele. Esse desejo é o que oferece a condição de o pequeno ser vir a se tornar um sujeito também de desejo, deixando para trás e para sempre qualquer relação com o instinto. Perdermos, desde que entramos na vida, a naturalidade animal e a liberdade, pois surgem a relação e os atos de compromisso com o Outro. Ganhamos a dor de existir.

Tenho sonhos cruéis; n'alma doente  
Sinto um vago receio prematuro.  
Vou a medo na aresta do futuro,  
Embebido em saudades do presente...

Saudades desta dor que em vão procuro  
Do peito afugentar bem rudemente,  
Devendo, ao desmaiar sobre o poente,  
Cobrir-me o coração dum véu escuro!...

Porque a dor, esta falta d'harmonia,  
Toda luz desgrenhada que alumia  
As almas doidamente, o céu d'agora,

Sem ela o coração é quase nada:  
Um sol onde expirasse a madrugada,  
Porque é só madrugada quando chora.

Camilo Pessanha

Podemos também dizer que o que fundamentalmente difere o humano de qualquer outro ser é sua condição de portar uma hiância que está no centro da pulsão e que converge com a falta geradora do inconsciente. Só por isso podemos pertencer ao campo do simbólico e sermos afetados pelos significantes do Outro. Sempre singular (mesmo carregando a mesma carga de genoma), destinado a estar submetido ao campo de linguagem, campo desse Outro, ganhamos a vida, não a vida orgânica, mas a vida representativa, a relacional, a humana, a simbólica, a psíquica, a vida pulsional. O que caracteriza a passagem da necessidade para a demanda é articulado, em Freud (1930), com a questão da demanda oral, através do sugar, e, posteriormente, na demanda anal da criança no momento do controle dos esfíncteres.

Sabemos que o bebê por si não se monta, não se constrói como falante, mesmo tendo todo material orgânico para isso. O humano precisa do Outro para se constituir enquanto ser de linguagem. Todavia apenas nascer no campo da linguagem não basta para que haja efeito humanizador. É preciso haver um outro, sujeito psiquicamente afetado em seu desejo por esse bebê e que, num movimento de constância, responsabilize-se por inseri-lo, marcá-lo com insígnias familiares, nomeando-o e ofertando-lhe sua voz melodiosa, seu aconchego, seu toque, sua libido, seus processos regulatórios (processos fisiológicos, cognitivos, motores, afetivos) e seus organizadores psíquicos (olhar, sorriso, etc.), além de uma imagem corporal e um lugar simbólico na instituição família, tirando-o da

condição de anonimato e demandando-lhe um ideal a atingir. Um outro representante do Outro. O outro, a partir do lugar do Outro, coloca em função o Outro primordial, a mãe.

#### 4.1 O OUTRO PRIMORDIAL

Como surge o Outro primordial? O Outro primordial só existe na relação com o bebê. O bebê normalmente responde a uma construção inconsciente materna, alojando-se em um lugar psíquico; está em sintonia com o inconsciente da mãe. É o Outro primordial quem dá a condução: ele é o primeiro grande guia. Logo o aparelho psíquico dela é muito importante. Winnicott (1956) muito contribuiu com essa discussão e com ele aprendemos que o primeiro brinquedo do bebê é a mãe. Ele brinca de amamentá-la, quando, por prazer, se empresta a ser “devorado” por ela. É possível, neste tempo do advir do Outro primordial, ter-se acesso à dimensão do infantil na mãe, pois os bebês são capazes de suscitar o retorno do recalcado.

O Outro primordial fala e empresta sua fala a seu filho. É por isso que podemos dizer que o sujeito é efeito de uma resposta ao Outro. O puro orgânico, buraco real, esta falta de um significante passa a ter borda, ser imantado, desenhado com os ditos narcísicos da mãe. É só através do narcisismo primário do Outro primordial que se torna possível fazer furo onde havia o puro vazio: um corpo com furos por onde se escuta, fala-se, transpira-se para o Outro. “A palavra é, pois, essencialmente o resto mnêmico da palavra escutada” (FREUD, 1981: p.2704). A esse primeiro outro que faz esta função de amparar e marcar o bebê, principalmente com as marcas dos dois objetos pulsionais, olhar e sua voz, nomeamos de mãe. Ele é o representante do Outro para o filho. Este semelhante, afetado psiquicamente pelo pequenino, a quem Freud chama de *Nebenmensch*, Lacan o designa como Outro primordial — a mãe ou seu representante.

A primeira interpretação é feita pelo Outro-mãe. O que é da ordem da necessidade é transformado pelo outro, capturado pela demanda. O que é da pulsão oral é interpretado como demanda ao Outro, quando, por exemplo, ao ouvir o grito do bebê a mãe diz que ele está “pedindo” que ela o amamente: “Ah! Tá com fominha, querido? Tá querendo mamar?” E ela, num movimento transativista, responde pelo bebê: “Tô sim, mamãe.” — há o estabelecimento de um diálogo. A necessidade é barrada pela linguagem, que a transforma em demanda. A pulsão é, nesse período, chamada de libido e todos os investimentos do Outro materno serão denominados de investimentos libidinais ou narcísicos. A psicanálise diz que a mãe irá transformar, interpretar o grito inicial da necessidade do seu bebê em demanda a ela, sob sua pulsão escópica e invocante, através de seus objetos olhar/voz/prosódia; sempre como demanda de amor. A demanda faz com que os objetos da necessidade (leite, água, fezes, etc.) transformem-se em significantes. Assim, um bebê passa, sob a leitura da mãe, não mais a emitir apenas um grito, mas um chamado, um clamor. Por amor, ele aprende a buscar o apaziguamento e diversifica suas formas de demanda. Porém alguma coisa nessa passagem da necessidade para a demanda não passa completamente. O resto dessa operação, o que sobra dessa passagem é o que se chama desejo. Não se interpreta um grito por clamor se não existir desejo em jogo. Em Freud vemos que o amor nasce do contexto narcísico da primeira relação objetal. “O que ama perde, por assim dizer, uma parte de seu narcisismo, e só pode compensá-la sendo amado” (FREUD, 1981: p.2031).

É preciso haver sintonia entre os objetos voz e olhar. O encontro com o objeto a é emocional. Para o bebê, não há separação entre afeto e cognição. Um bebê reconhece sua mãe mais pela voz do que por suas características físicas. Esta voz é associada ao rosto da mãe e, se ele for atraído por esse rosto, fará buscas intelectuais, mas só se tiver atraído por ele. As emoções são o combustível para a inteligência. Assim, o bebê recebe, nessa vinculação à mãe, além de alimento, a fala. No entanto, este não é só um processo passivo, uma vez que o bebê também atrai o olhar e a voz do Outro primordial. Um bebê que não convoca pode levar sua mãe a um desinvestimento libidinal. Por isso, são de

risco, por exemplo, as relações primordiais entre uma mãe e um bebê de grande prematuridade, já que ele não se encontra em situação de corresponder narcisicamente ao desejo do Outro.

A primeira inscrição do Outro pela via da satisfação é marcada por esse encontro com a fala da mãe. Ele deve ser prazeroso. O objeto sonoro materno chega ao bebê desde quando ele é feto — bebê intra-útero ouve a voz materna. O primeiro objeto psíquico do feto é a voz materna. A voz é o primeiro objeto humanizador. Podemos observar, numa sala de parto, que ao nascer, o bebezinho que aos gritos se encontra, muito antes de começar a sugar, ao ser colocado diante de sua mãe, quando ouve sua voz, acompanhada de vestimentas musicais (os picos prosódicos e o ritmo) como mágica aquietar-se. Isso demonstra que é com a voz materna, primeiro objeto da pulsão, que ele realizou a primeira experiência de satisfação. Arriscamo-nos a dizer que, para o bebê, o proto-sujeito, ela é o primeiro objeto antes do olhar. A pulsão escópica, também presente de forma primordial, pertence neste tempo ao campo do Outro. O olhar, que está para além do órgão visual, já está anteriormente colocado quando da antecipação especular do Outro: a voz e o olhar libidinalmente afetados do Outro convocam o sujeito. Uma gestante que não possui a antecipação da imagem de seu filho nem lhe dirige palavra, não o nomeia, bem como uma “mãe” que não o encanta nem se deixa encantar precisam ser escutadas.

Não podemos pensar no bebê sozinho, mas na interface com o Outro. O modelo médico privilegia o bebê do momento; isso suprime a história. O modelo psíquico dá ênfase à história. O bebê está no *après-cu* do desejo dos pais. Ele nasce do encontro de pelo menos duas histórias. Precisa-se mais do que de um homem e de uma mulher, mas de um contexto, para fazer nascer um bebê. Não há vida psíquica sem antecipação. A história não começa no nascimento, mas na vida pré-natal e mesmo anteriormente a esta. Desde que somos concebidos, há uma antecipação Representações imaginárias, narcísicas — representações mentais — acontecem na cabeça dos pais. No texto *Inibição, Sintoma e Angústia*, Freud (1926[1925]) assegura que a vida pré-natal e pós-natal tem mais coisa,

mais continuidade do que o nascimento pode nos mostrar. A dinâmica psíquica da gravidez é importante para a acolhida do bebê e a parentalidade.

Capturado pela demanda da mãe e amamentado por seu desejo, o bebê receberá para além da simples satisfação da necessidade (leite materno e cuidados corporais), o primeiro significante, o significante unário— o significante do desejo. Significante do desejo materno que nomeamos de falo. O sujeito vem nascendo antes de seu nascimento real. Em uma lição d'O *Seminário 11*, Lacan (1964) fala sobre o pequeno “inocente” que sofre as conseqüências da sexualidade como algo que o fragmenta. Diremos que ele o apresenta como aquele que ignora os caminhos de sua humanização.

Que seja a pulsão, a pulsão parcial, que então o oriente, que só a pulsão parcial seja o representante, no psiquismo, das conseqüências da sexualidade, aí está o signo de que a sexualidade se representa no psiquismo por uma relação do sujeito que se deduz de outra coisa que não da sexualidade mesma. A sexualidade se instaura no campo do sujeito por uma via que é a da falta (LACAN, 1988: p.194).

A vida humana, a vida psíquica, em sua essência, é sexual. Freud denomina de *Pulsão de vida*, libido, energia sexual, Eros, à vertente da pulsão que possibilita as ligações, os vínculos. Sobre a libido, Lacan nos diz que:

A libido é o órgão essencial para se compreender a natureza da pulsão. Esse órgão é irreal. Irreal não é de modo algum imaginário. O irreal se define por se articular ao real de modo que nos escapa, e é justamente o que exige que sua representação seja mítica, como a fazemos. Mas, por ser irreal, isso não impede um órgão de se encarnar (LACAN, 1988: p.195).

A pulsão é parcial, porque nem tudo da pulsão é libido, é sexual. Há uma parte que é chamada de *pulsão de morte*. Esta vertente da pulsão tem uma condição desagregadora:

Mas o natural instinto agressivo do homem, a hostilidade de cada um contra todos e a de todos contra cada um, se opõe a esse programa da civilização. Esse instinto agressivo é o derivado e o principal representante do instinto de morte, que descobrimos lado a lado de Eros e que com este divide o domínio do mundo. Agora, penso eu, o significado da evolução da civilização não mais nos é obscuro. Ele deve representar a luta entre Eros e a Morte, entre o instinto de vida e o instinto de destruição (FREUD, 1997: p. 81).

Entretanto, apesar de desagregadora, é ela que possibilita a força motriz para os rompimentos e os cortes com antigos nexos para que possam surgir novas significações. O primeiro grande corte se dá com o nascimento e, como já vimos anteriormente, é chamado de *desamparo*. Nesse momento, entra em jogo a energia sexual da dialética prazer/desprazer — **a libido**. Dessa forma, podemos afirmar que somos seres pulsionais, regidos pela *pulsão de morte* e pela libido, e que isto nos alça à condição de seres psíquicos, introduzindo-nos na relação com o Outro e sua alteridade e com o objeto. Para o ser falante, não há possibilidade de se estruturar sem essas duas vertentes da pulsão.

Inicialmente, a pulsão é pulsão de morte: “a pulsão, a pulsão parcial, é fundamentalmente pulsão de morte e representa em si mesma a parte da morte no vivo sexuado” (LACAN, 1988: p.195). Ela vai se tornar libido à medida que se apoiar no significante da demanda. A pulsão de morte vai se encadeando pelas marcas mnêmicas deixadas pela mãe (S<sub>1</sub>). Lacan (1969-1970) nos deixa claro que essas marcas mnêmicas são significantes primordiais que comemoram uma irrupção de gozo. As primeiras marcas mnêmicas estão referidas à primeira experiência de satisfação em que houve prazer e descarga de tensão. Essas marcas mnêmicas são o que Lacan considera *lalíngua*, o primitivo da linguagem (S<sub>1</sub>), os sons mais íntimos, os resíduos da nossa primeira experiência amorosa.

Pensamos, a partir de Lacan, que o objeto alucinado da primeira experiência de satisfação é a voz do Outro. Ao entrar em jogo a linguagem, a pulsão de morte vai tomando aspectos libidinais, uma vez que ela faz a ligação com o erótico.

Lacan, em seu seminário *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, faz-nos lembrar Freud quando este diz que a pulsão "não tem dia nem noite, não tem primavera nem outono, que ela não tem subida nem descida. É uma força constante" (FREUD *apud* LACAN, 1988: p.157). Tal trecho faz parte de um capítulo que Lacan intitula de *Desmontagem da pulsão*, mas, ao final, ele afirma:

Direi que, se há algo que se parece á pulsão, é com uma montagem. Não é uma montagem concebida numa perspectiva referida à finalidade [...] A montagem da pulsão é uma montagem que, de saída, se apresenta como não tendo nem pé nem cabeça (LACAN, 1988: p. 160/161).

A pulsão é uma montagem. Tem que ser montada pelo novo ser? O Outro materno auxilia nessa montagem quando intima o bebê a ser seu filho por seu discurso envolvente, fazendo-o deixar para trás e para sempre a necessidade? Lacan, ainda nesse mesmo seminário, fala da circularidade da pulsão e de como se estabelece este circuito:

Freud nos apresenta como assentado que parte alguma desse percurso pode ser separada de seu vaivém, de sua reversão fundamental, do caráter circular do percurso da pulsão. [...] É preciso bem distinguir a volta em circuito de uma pulsão do que aparece – mas também *por não aparecer*, – num terceiro tempo. Isto é, o aparecimento de *ein neues Subjekt* que é preciso entender assim – não que ali já houvesse um, a saber, o sujeito da pulsão, mas que é novo ver aparecer um sujeito. Esse sujeito, que é propriamente o outro, aparece no que a pulsão pôde fechar seu curso circular. É somente com sua aparição no nível do outro que pode ser realizado o que é da função da pulsão (LACAN, 1988: p.168/169).

Sob o universo desejante do Outro, sob seu narcisismo, instala-se um circuito, um caminho, um percurso por onde percorrerá o sujeito. Para o recém-nascido, o Outro primordial em vigência estabelece de forma inconsciente o destino, aloca-o em um lugar na cadeia significativa familiar e o marca com inscrições simbólicas singulares. Segundo Laznik (2004):

Em Lacan, a pulsão não é mais um conceito limítrofe entre o biológico e o psíquico, porém um conceito que articula significante e corpo. O corpo não é biológico, é, como já vimos na primeira parte, uma construção que implica uma imagem totalizante  $i(a)$ , na composição do qual o Outro como olhar tem um lugar fundamental (LACAN *apud* LAZNIK, 2004: p.59).

Como se percebe, estamos dizendo que a presença do Outro primordial é fundamental, porém é preciso deixar claro que ele é um assegurador e não um determinador, pois existe uma escolha a ser feita pelo sujeito que está por advir.

## 4.2 O DESEJO DA MÃE

Lacan, no Sem. 5: *As Formações do Inconsciente*, fala do bebê como totalmente assujeitado “[...] ao capricho daquele de quem depende, mesmo que esse capricho seja um capricho articulado” (1999: p.195). O bebê humano, ao nascer, mesmo nascido a termo, é prematuro para a vida. Precisa ser acolhido, retirado do puro orgânico, do real, para não morrer. Para o ser falante, não bastam apenas cuidados físicos. Não é raro nos depararmos com situações em que, ao nascer, bebês não encontrem um berço simbólico, não sejam amparados por palavras, nomeação, por uma trama tecida por familiares. São bebês que não possuem berço ou que recebem um berço duro, frio, anônimo. Muitos bebês

nascidos em berços tão pouco aconchegantes adoecem e, por vezes, desistem da vida ou permanecem nela com respostas vegetativas, sem uma vida psíquica significativa. E vida humana é vida psíquica; é cadeia significante.

O agente materno antecipa o sujeito através da atividade languageira. O Outro primordial é quem dá os significantes ao bebê. Fisga o pequenino antes mesmo de sua existência real e o insere em um lugar simbólico: dá-lhe existência e corpo. Dessa maneira, a imagem corporal da criança vai sendo sobredeterminada pelo olhar/voz do Outro, pelos investimentos psíquicos do Outro primordial. De forma antecipatória, a criança ganha pela primeira vez uma imagem unificada pelo Outro: uma *Ur-bild*. A antecipação subjetiva é realizada pelo Outro primordial. O imaginário é a condição de representação, é o que dá consistência ao projeto filho, atribuindo-lhe sentidos.

O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, Uma fala inaugural que antecipa o futuro, abre a cadeia significante, amarra a criança numa rede familiar com símbolos paternos e maternos, incluindo esse filho numa linhagem, numa cultura (LACAN, 1988: p.198).

A anterioridade do Outro é um fator constituinte para o sujeito:

Se o pegamos em seu nascimento no campo do Outro, a característica do sujeito do inconsciente é de estar, sob o significante que desenvolve suas redes, suas cadeias e sua história, num lugar indeterminado (LACAN, 1988: p.198).

O que, então, determina que o humano possa ter um filho? É certamente o desejo. Para a psicanálise, desejo é um conceito privilegiado, porque ele é fundamental para a constituição do psiquismo humano. Não há um sem o outro.

O desejo é a mola impulsora do humano. Entramos na vida pelo desejo, que, primordialmente, é do Outro. O primeiro desejo do bebê é o desejo do Outro, veiculado pelo discurso familiar, repleto de significantes singulares. O desejo permite, inclusive, acolher como seu o bebê gerado e abandonado por outra mulher. O desejo materno subverte o aparato orgânico, sexualizando-o, erogeneizando-o, revestindo-o de valor fálico. O corpo da criança é erogeneizado pela atividade pulsional dos pais e se inscreve no campo simbólico, no campo do sujeito. Recebe as marcas da pulsão e dos significantes simbólicos a ponto de filhos adotivos terem características físicas semelhantes a seus pais não-biológicos. Diferente da necessidade, o desejo não possui objeto que o satisfaça. Coisa alguma o sacia. Assim, ao entrarmos na vida pelo desejo, abandonamos de vez qualquer possibilidade de sermos seres da necessidade. Só por isso podemos nos deparar com situações como, por exemplo, a anorexia psíquica do bebê. Ela demonstra claramente que, para a nutrição humana, os nutrientes orgânicos não bastam, mas apenas servem enquanto circunscritos pela demanda para, minimamente, apaziguar a pulsão oral regida pelo desejo.

Nascemos em uma trama simbólica repleta de marcas significantes que tecem, cunham um particular lugar para cada um de nós. Todo filho é filho único. Uma construção psíquica que vem sendo elaborada desde muito antes da gestação. Com a concepção, o que foi idealizado vai tomando corpo. Freud ensina que “O EU é, antes de tudo, um ser corporal” (FREUD, 1981: p.2709), isso quer dizer que o corpo é psíquico. A noção de corpo vai se construir na relação com o Outro. O bebê, inicialmente imaginário para o outro, vai sendo revestido do ideal narcísico que povoa o psiquismo dos familiares. O lugar simbólico que ele virá a ocupar no contexto familiar que já está a sua espera é arrumado com instrumentais simbólicos como nome, enxoval, canções, palavras, sentidos, ideais, enfim, com adornos libidinosos e com uma imagem. O Outro primordial tem um lugar na economia psíquica deste bebê, deste filho projetado, anteriormente desejado.

O efeito do discurso do Outro instaura o inconsciente, a realidade psíquica. O desejo é inconsciente e, por ser inconsciente, está presente o tempo todo, mas de forma geralmente velada, ou melhor, sob a ação do recalque, estando por debaixo, nas entrelinhas. Difícil de ser apreendido, escutado, lido, mas presente para quem souber e puder decifrá-lo, manifestando-se nos sonhos, atos falhos, sintomas, chistes, enfim, nas formações do inconsciente. Faz parte da particularidade do desejo estar articulado ao significante, apesar de o desejo ser inarticulável. Conforme Quinet, “Há uma iminente relação do significante com o desejo” (informação verbal)<sup>4</sup>.

O desejo – *Wunsch* – é a energia vital que faz operar o psiquismo. Não é do bem nem do mal; não é feio nem bonito; não é moral; não é disso ou daquilo. Vem do Outro. Lacan (1957-58) afirma que desejo é desejo do desejo do Outro. É pelo desejo do Outro que um sujeito, humano singular, inscrito na linguagem, pode advir. O desejo é a força motriz, a mola impulsora da dinâmica operacional humana, o que corre por debaixo, fora, mas impulsionando o deslizamento da cadeia significante, facilitando as relações significantes e a operacionalização da linguagem. É por se inscrever no campo do Outro, fisingando e se oferecendo a ser fisingado pelos significantes primordiais da língua materna (tesouro de  $S_1$ ), que o pequeno humano deixa o lugar de *infans* e faz sua escolha forçada, como nos explica Lacan (1964), deixando de ser apenas pura carne para ascender, através do processo de alienação, operação fundante da constituição do sujeito, ao lugar de filho. Filho do Outro primordial.

A privação do outro é danosa para a construção do aparelho mental. A “humanização” só pode ser transmitida por um semelhante, um outro falante, que, por amor, ofertará inconscientemente junto com sua humanidade o universo simbólico, campo verdadeiramente humano. Como já vimos, o amor materno é resultante de uma construção psíquica. Não se trata de nenhuma programação inata nem puramente biológica. Não é pelo fato de haver uma gravidez em curso,

---

<sup>4</sup> Informação fornecida pelo professor Antônio Quinet durante aula ministrada no curso de pós-graduação em Psicanálise, Saúde e Sociedade na Universidade Veiga de Almeida em setembro de 2006 no Rio de Janeiro.

que se presentificará o Outro primordial. É bom lembrar que todo amor é acompanhado de seu contraponto: o ódio. Por isso toda relação afetiva é ambivalente. A ambivalência está presente também na gestação e no nascimento. A pulsão agressiva deve ser interdita pela lei: “Não reintegrarás teu produto”. A lei da mãe é voraz. Esse interdito ao canibalismo e também ao incesto faz parte da lei do pai, isto é, da lei edípica. Só diante da presença de um bebê, poderá a mulher assumir a função materna e o reconhecer como filho.

O amor é importante, mas não basta para cuidarmos de um bebê. Se ele for a nossa última utopia, será pesado demais. Além do amor, são precisos interesse, atenção, vínculo e limite ao desejo materno. Sobre o desejo da mãe, Lacan (1969-1970) esclarece:

O papel da mãe é o desejo da mãe. É capital. O desejo da mãe não é algo que se possa suportar assim, que lhe seja indiferente. Carreia sempre estragos. Um grande crocodilo em cuja boca vocês — a mãe é isso. Não se sabe o que lhe pode dar na telha, de estalo fechar sua bocarra. O desejo da mãe é isso (LACAN, 1992: p. 105).

Ele complementa falando que a lei paterna barra a lei imperativa de gozo da mãe, tirando o bebê da posição de “apêndice” do corpo materno.

Há um rolo, de pedra, é claro, que lá está em potência, no nível da bocarra, e isso retém, isso emperra. É o que se chama falo. É o rolo que os põe a salvo se, de repente, aquilo se fecha (LACAN, 1992: p. 105).

Quando a lei da mãe não é mediada pela lei do pai, a criança passa a ser criança-sintoma da mãe, o que é grave. O gozo do outro impede a criança de se posicionar como sujeito de desejo. O desejo que constitui um sujeito dividido depende de que a criança não esteja apenas diante da lei da mãe. O bebê do

primeiro tempo do circuito pulsional é um proto-sujeito até deixar de ser objeto de desejo e alcançar a dignidade de sujeito de desejo.

Separar-se da lei da mãe é custoso. Não se separa da mãe sem algum efeito, sem algum sintoma. Frequentemente o sintoma é construído como uma gravíssima patologia, evidenciando que a separação, a função paterna, está tendo dificuldades em ser operacionalizada. Outras vezes, o sintoma construído se apresenta como um estilo pessoal. Sempre há um sintoma que fala da saída do lugar de objeto do desejo do Outro. Para o psiquismo do bebê, é importante que este encontre o objeto para depois poder, em sua ausência, simbolizá-lo. Mas ele primeiro precisa encontrá-lo, pois um bebê só poderá simbolizar um objeto ausente se, antes, ele o tiver encontrado. É preciso haver o registro dessa presença de forma prazerosa para que a falta possa ser potencializada diante da ausência do objeto. As palavras fazem o Outro voltar. A linguagem em si demanda amor e presentificação do Outro. A criança fala para o Outro.

Essa falta, essa ausência, Lacan denominou de privação. É um furo simbólico no real: o objeto falta e, por isso, deseja-se tê-lo. “Este objeto, [...] é um objeto reencontrado, o objeto reencontrado do primeiro desmame, o objeto que foi inicialmente o ponto de ligação das primeiras satisfações da criança” (LACAN, 1999: p.13). É este objeto que é a causa do desejo. Objeto vazio, um furo que poderá ser preenchido por diversos objetos substitutivos, nunca de forma plena. Pelo desejo de tê-lo, o sujeito se submete ao campo do Outro, tesouro dos significantes; faz sua escolha.

É comum ouvirmos questionamentos de profissionais sobre se determinada gravidez foi ou não desejada ou planejada, como se fosse da ordem consciente esse saber. Isso demonstra o quanto se desconhece do psiquismo e, conseqüentemente, do inconsciente. Em psicanálise, dizemos que o pensamento é inconsciente e o pensamento inconsciente é imaginário. O inconsciente usa a imagem como significante. Pode-se ver isso nos sonhos. Logo, é impossível, desde que pensemos, experimentar qualquer coisa (olhar, cheiro, gosto, toque,

som, escolhas, ações, etc.) dissociada do inconsciente. Dessa forma, dizemos que nenhuma gravidez ocorre por acaso. Mesmo aquelas que foram engendradas para serem interrompidas estão sob uma determinação desejante.

Podemos afiançar que, havendo uma gravidez em curso, há desejo em pauta. Reconhecida, negada, recusada, qualquer que seja a forma de manifestação do sujeito/mulher diante de seu estado gravídico, afirmamos que toda gravidez porta desejo inconsciente em ação. Assim, não há cabimento a pergunta sobre se a gravidez foi desejada ou não. Podemos dizer sim, que a maior facilidade ou não de uma mulher engravidar dá sinais de seu desejo. Quanto a se o filho foi planejado, dificilmente esses planos são plenamente conscientes. Não é raro nos depararmos com os fracassos de planejamento de casal, até porque este é atravessado pelo desejo do Outro. Mas que desejo está em curso numa gravidez? É sempre o mesmo para todas as gravidezes de uma mesma mulher? Confundido muitas vezes com demandas, o sujeito vai mostrando, através, por exemplo, de querer bizarros como uma fruta fora de época, que o desejo que está em jogo não é o do senso comum: mesmo quando conseguida a tal fruta, a grávida continua a desejar. “O desejo não se prende ao significante da demanda. O desejo está subentendido nos intervalos dos significantes da demanda, corre escondidinho. Ele corre entre os significantes da demanda. O desejo é sexual” (informação verbal)<sup>5</sup>.

Toda gravidez é acompanhada de uma gravidez psíquica, de uma construção psíquica. Ao comprovar a sexualidade infantil, Freud (1930) pôde apontar que o desejo de ser mãe e o de ter um filho são distintos, pois dependem de operadores psíquicos diferentes. Faz parte da construção psíquica do feminino o desejo de ser mãe, mas para a mulher, só desejo de ser mãe não garante ao bebê que ele terá uma mãe. Com Lacan, observamos que para o bebê ter uma mãe, ou melhor, para que um bebê possa ser filho, é preciso que a mulher tenha cumprido uma etapa psíquica fundamentalmente importante, que é a de ter

---

<sup>5</sup> Informação fornecida pela professora Maria Anita Carneiro durante aula dada no curso de pós-graduação em Psicanálise, Saúde e Sociedade na Universidade Veiga de Almeida no Rio de Janeiro em outubro de 2006.

passado pelos tempos do Édipo e ter sofrido a ação da castração. No Sem. A *relação de objeto*, Lacan diz:

A criança feminina é, na medida em que não possui o falo, que ela se introduz na simbólica do dom. É na medida em que ela faliciza a situação, isto é, que se trate de ter ou não ter o falo, que ela entra no complexo de Édipo. O menino, como nos sublinha Freud, não é por aí que ele entra, é por aí que ele sai. No fim do complexo de Édipo, no momento em que realiza num certo plano a simbólica do dom, é preciso que ele faça dom daquilo que tem. A menina, se entra no complexo de Édipo, é na medida em que ela não tem, ela tem que encontrá-lo no complexo de Édipo (1995: p.125).

Inúmeras vezes nos deparamos com mulheres que engravidam e que não conseguem levar a termo sua gravidez. Algumas, entretanto, até conseguem parir, mas acabam por abandonar seus bebês, por maltratá-los ou mesmo por “livrarem-se deles”, tragicamente às vezes. O desejo não é moral. É ético.

Desejo é sempre de falo. Desejo de filho equivale a desejo de falo. Por isso, muitas mulheres, quando engravidam, sentem-se fálicas, como se diz popularmente “com o rei na barriga”. Algumas nem desejam mais seus maridos. Porém, essa ilusão é, ao nascer o bebê, desfeita, pois o filho real longe está de ser o falo, é apenas um dos seus representantes. O falo é o que falta, passível dos efeitos do imaginário e, por ser objeto falta, passível de simbolização. Diante da falta real, o imaginário vacila, e a palavra, o simbólico, é o recurso que o humano porta para sua sustentação. O corpo é efeito da linguagem. O real, a coisa, o indizível, o que não tem representação, encontra neste tempo de gestação, parto e puerpério espaço para seu surgimento, já que a imagem corporal está sofrendo mudanças e o nó dos registros real, simbólico e imaginário está mais solto. Com o advento da chegada do filho, há uma nova amarração em que os lugares e funções sofrem deslocamentos. Tempo propício à manifestação silenciosa da pulsão. Inúmeros são os relatos nos períodos pré e pós-natal de acontecimentos inesperados em gestações que aparentemente, desenvolviam-se a contento e, subitamente, eclodiram numa pré-eclâmpsia, num descolamento de placenta ou

mesmo num diabetes gravídico. Nem toda pulsão é de vida – libido. Thanatos também atua. A literatura infantil bem mostra a presença dos desejos: quando do nascimento da princesa Aurora votos circularam em torno de seu berço. Além dos desejos de vida, havia também os votos mortíferos de Malévola.

Lacan diz que, quando a criança/sujeito depara-se com o desejo do Outro, é porque ela não foi capaz de preencher o vazio daquele desejo e, diante desse vazio, questiona-se sobre o que seria capaz de satisfazer o desejo da mãe. O vazio, condição inexorável da existência humana, clama por significação. Precisa ser bordeado com palavras; jamais podendo ser preenchido. O trabalho da função materna é o de produzir uma trama simbólica não fechada. A mãe “borda os buracos do filho”. A letra materna, *lalíngua*, é o que faz borda, estabelece um litoral entre o gozo e a linguagem. O que resta para o sujeito é falar. A criança se apropria da palavra pela antecipação do Outro e para convocá-lo. O que preencheria o vazio materno o sujeito responde ser o falo. Assim, tentará ir se apropriando de significantes fálicos para demandar amor de seu Outro primordial a fim de que ele continue desejando-o. Diante da perspectiva de abandono do Outro, o sujeito sente o desamparo e demanda amor. À demanda deste pequenino a mãe responde demandando. Amar e ser amado é a grande questão humana.

Marie-Madeleine Lessanha afirma:

[...] o fato de falar impõe e dá sua medida ao desejo do sujeito [...] Nunca se sabe de antemão o laço sutil entre uma vontade declarada e o desejo que esta vontade esconde; a vontade pode desconhecer o desejo, negá-lo, caricaturá-lo, às vezes revelá-lo (2000, p.18).

É preciso ofertar à gestante que se encontra sob fantasias de morte, tanto sua quanto do bebê, lugar de escuta para suas dores, seus fantasmas, seus desejos. Na dialética da questão, dizemos que, esvaziada dos desejos mortíferos, poderá desejar outra vez algo novo para si: o futuro para seu filho, um homem, outros filhos, um trabalho, uma viagem, enfim, uma nova amarração.

### 4.3 A FUNÇÃO PATERNA

No pré-natal, o acompanhamento da gestação psíquica deve ser um dos focos privilegiados do olhar/escuta do profissional de saúde. O trabalho psíquico que está ocorrendo pode ser escutado nas formas discursivas. Winnicott (1956) nomeava como “preocupação materna primária” a presença necessária do estado que ele compara a uma dissociação e que designa como “a loucura necessária de uma mãe”, a qual ocorre durante e, principalmente, no final da gravidez bem como sua duração por algumas semanas após o nascimento do bebê — a mãe passa a ter uma prosódia própria e um diálogo singular com seu bebê. Tempo em que a mulher dirige-se ao filho supondo-o um sujeito e, de forma transativista, responde do lugar de sujeito/filho, utilizando-se para isto do “manhês”, linguagem melódica própria de uma mãe a seu filho. *Lalíngua*, segundo Lacan, é repleta de libido e significantes primordiais (S). Nesse ponto, a mulher reencontra sua própria mãe e a maneira como ela lhe transmitiu seus significantes, sempre de forma inconsciente. Também, nesse reencontro com sua mãe, ela reviverá como esta administrou seus desejos de algo para além do filho. De forma sobredeterminada, vai se construindo o vínculo mãe/bebê.

A relação de uma mulher com sua mãe não é tranqüila. Entre filha e a mãe há uma dificuldade na identificação, pois não apenas lhe falta o significante falo, falta-lhe também o órgão que seria o propiciador de uma identificação imaginária. O feminino é algo que se impõem sem consistência lógica. É presença do real, do indizível. A experiência da maternidade é detonadora de fenômenos estranhos, acompanhados de transbordamentos de sensações, muitas vezes, incontroláveis. Algo acontece no real do corpo: trata-se do gozo feminino. Freud (1926) designa o feminino como o “continente negro”, e Lacan (1972), caracteriza como “devastadora” a relação da menina com sua mãe e declara ainda ser toda relação entre uma mãe e sua filha marcada por esta devastação. A palavra devastação em francês significa *ravage* que vem do verbo *ravir*, o qual, traduzido, pode estar

referido a deslumbrar, encantar e arrebatado. No amor entre mãe e filha, há o aparecimento de um torturante ódio surdo. É uma mistura de sensações que tanto liga, fixando, quanto impede. A menina vislumbra, na mãe, a que era fálica, a mulher, o feminino, a falta do significante.

Surge o apelo ao pai. É pela operação da metáfora paterna NP (~~A~~ falo) que, um dia, uma menina poderá questionar sobre o desejo da mãe e, por identificação ao pai, buscar o filho/falo para dar algum sentido à falta que herdou de sua mãe, mulher não-toda — S de ~~A~~ [S (A)]. A metáfora paterna não só afiança pela presença edípica e pela ação da lei sobre o desejo, recalçando as pulsões mortíferas, mas também aponta além do bebê, para o homem, garantindo que o filho possa ter um pai, o homem amado por sua mãe. O amor materno, fundamentalmente importante, a se evidenciar já durante a gestação, é resignificado se a mulher permanecer causa de desejo para um homem e esse puder suportar que o bebê seja o objeto de seu desejo. O homem que tem a condição de garantir esta dinâmica merece, segundo Lacan (1957-58), o título de pai. Dessa forma, mulheres que, quando grávidas, perdem seus parceiros por morte ou por abandono, encontram-se em condição de cuidados e demandando escuta mais apurada. A função materna pode inibir-se em processos depressivos.

O significante Nome-do-Pai, operador do trabalho psíquico, é o grande facilitador da entrada em cena do Outro Primordial. O Nome-do-Pai é o significante legislador, legislador do desejo materno. Ele causa espaço de intersecção, hiância (espaço intervalar), subtração, borda. Divide o sujeito. É a função paterna presentificada na mãe que poderá inscrever o bebê/filho na articulação fálica antes mesmo do seu nascimento real. A função paterna possibilita que o bebê não obture a falta da mãe na qual se apóia o desejo. É preciso que a mãe seja “suficientemente boa”, diz Winnicott (1956), ou seja, que ela, apesar de a gravidez psíquica estar em curso, continue desejando enquanto mulher.

Logo, a entrada do pai em cena é determinante para que o bebê-filho possa ascender à condição de criança-filho. A passagem de dois para três é, na mente da criança, de um impacto tão forte que dizemos que se trata de um trauma. Sem a presença do pai, não é possível a fantasia, a elaboração mais complexa do pensamento, a criação e a curiosidade tão necessária ao processo da aprendizagem da leitura e da escrita (a *lexiescritura*). É a partir do contexto edípico que a metaforização se torna viável. Dessa forma, vemos que o pai é normatizador da estrutura mental e psíquica.

Estar sob a lei simbólica é estar sob o vigor da operação simbólica da castração. A lei simbólica é a lei do pai, do pai conceituado pela psicanálise. É bom lembrar que pai, em psicanálise, é entendido como o terceiro elemento que irá cortar o vínculo simbiótico entre a mãe e seu bebê, tão necessário num primeiro tempo de uma estruturação psíquica, mas prejudicial se perpetuado. Pai é o representante da Lei, lei que interdita a folia inebriante entre a mãe e seu bebê, lei que impede que o desejo materno "devore" seu produto, lei que cria o espaço favorável ao surgimento do enigma, lei que convoca ao desejo, à singularidade e à apropriação do campo simbólico (campo da palavra e dos significantes). Lei que instaura o espaço criador – espaço facilitador das operações simbólicas e criativas – bem como possibilita o brincar, a aprendizagem, a construção da imagem corporal, as relações sociais e a cultura. Pai é "humanizador". Estamos tomando o pai como aquele que tem que manter seu lugar como membro do trio fundamental da família, inclusive, o pai que a mãe traz em si. O pai como normativo não significa o mesmo que um pai normal. A normalidade do pai é uma questão, e a posição normal na família é outra.

São sinais de falha da operação da função paterna, por exemplo, crianças que, ao nascer, não têm nome, nem olhar nem voz a elas dirigidos. Crianças que se encontram em risco psíquico. Crianças que denotam não possuir esse lugar simbólico cunhado pelo desejo de filho em suas mães. Crianças que podem ter a construção da imagem corporal seriamente prejudicada, com frequência denunciando no real do corpo esse sofrimento. Inúmeros são os relatos de

mulheres que levam uma gravidez a termo apesar de não possuírem desejo de filho, mas que estão, inconscientemente, submetidas ao desejo do Outro, ainda alocadas no lugar de filha ou de filho, impossibilitadas, portanto, de ter um filho. Só pode ter um filho quem pôde fazer o luto deste lugar, ou seja, quem conseguiu, na dinâmica triangular edípica Falo – Mãe – Criança, deslocar-se do lugar de criança para ocupar o de mãe, direcionada ao terceiro, ao mediador, ao falo num processo de não mais sê-lo, mas no de tê-lo. Em Lacan, o Édipo é abordado de forma distinta de Freud: a questão precípua é a posição que o sujeito ocupa na interface com o Outro e o objeto.

É tarefa da função paterna, presente tanto na mãe quanto no pai, cortar o elo simbiótico de mãe-bebê, criar o quadrilátero PAI – MÃE – CRIANÇA – FALO, dar condição de que seu filho possa ser desejante e de que a mãe possa desejar para além do seu filho. Esta função permite à criança ir se apropriando da sua própria construção psíquica. Como expõe Lacan:

É justamente isso que demonstra que a atribuição da procriação ao pai só pode ser efeito de um significante puro, de um reconhecimento, não do pai real, mas daquilo que a religião nos ensina a invocar como Nome-do-Pai. [...] Pelo simples fato de você instituírem uma ordem simbólica, alguma coisa corresponde ou não à função definida pelo Nome-do-Pai, e no interior dessa função vocês colocam significações que podem ser diferentes conforme os casos, mas que de modo algum dependem de outra necessidade que não a necessidade da função paterna, à qual corresponde o Nome-do-Pai na cadeia significante (1999: p.187).

O excesso de presença materna põe em risco a construção psíquica do bebê. Cabe à mãe que acolhe também ofertar sua ausência para que outros possam surgir no mundo da criança. A mãe precisa desejar para além de satisfazer as demandas de seu filho, caso contrário, ocorrerá na criança fantasia de que pode ser devorada por ela. Isso traz angústia. A mãe do início é um objeto simbólico (tesouro do significante).

Se a mãe não está submetida à instância que priva do gozo incestuoso e impede que faça do filho objeto, o filho se encontrará capturado como objeto gozo da mãe sem poder ascender ao referente simbólico da função fálica. É por isso que a função paterna é referencial e por isto mesmo pode ser contingente (CRUGLAK, 2001: p.59).

Com seu afastamento, quando ela não responde à demanda do filho, ela torna-se objeto real, impotente. Neste momento em que a mãe se torna objeto real, ela decai, e o objeto que dá satisfação passa a ser objeto de Dom, Dom de amor. A demanda não é mais de satisfação, mas de amor. A castração instaura a necessidade da frustração, pois transcende e coloca uma lei que lhe dá um outro valor. A frustração não é privação. A privação só pode ser efetivamente concebida para um ser que articula alguma coisa no plano simbólico. A frustração incide sobre algo de que somos privados por alguém de quem poderíamos esperar o que lhe pedíamos. O que está em jogo é menos o objeto que o amor de quem pode nos fazer este Dom. O objeto da frustração é menos o objeto que o Dom. O Dom vem do outro. O Dom é o que possibilita toda a cadeia simbólica humana. Se a demanda é atendida, o objeto passa a segundo plano. Se a demanda não é atendida, o objeto se evanesce igualmente, porém com uma diferença que justifica a palavra frustração: só há frustração se o sujeito entra na reivindicação, à medida que o objeto é considerado como exigível por direito. O objeto entra, neste momento, no que Lacan chama de área narcísica das pertinências do sujeito. O momento da frustração é um momento evanescente. A entrada da frustração numa dialética é condição necessária da ordem simbolizada do real.

[...] nada se articula e se constrói na experiência, que nada se instaura como conflito propriamente analisável senão a partir do momento em que o sujeito entra numa ordem que é ordem de símbolos, ordem legal, ordem simbólica, cadeia simbólica, ordem da dívida simbólica. É unicamente a partir da entrada do sujeito numa ordem que preexiste a tudo que lhe ocorre, acontecimentos, satisfações, decepções, que tudo a partir de que ele aborda sua experiência (a seu vivido) se ordena, se articula, assume seu sentido e pode ser analisado (LACAN, 1995: p.102).

Não dá para negar que é de suma importância o papel da mãe na constituição subjetiva da criança. Também não é possível deixar de reconhecer que, principalmente na família atual, este papel vem sofrendo inúmeras transformações, como nos diz o psicanalista Fulvio Marone (2006). Vemos, com Lacan, que a questão psicanalítica da mãe para o adivir do sujeito tem a primordial tarefa de perpassar uma linha lógica de funcionamento que ocorre da seguinte maneira: a mãe oferta sua ausência real inicialmente com o complexo do desmame; depois, durante o estágio do espelho — operação psíquica fundamental para a assunção da imagem unificada do Eu — ela é o suporte do que falta na imagem, isto é, quem assegura a imagem especular da criança, garantindo-lhe e certificando-lhe aquilo de que ela não tem condição de se apropriar sozinha. O percurso termina com a fórmula da metáfora paterna, na qual a instauração do Nome-do-Pai é determinante para que o desejo da mãe caia sob a barra do recalque. Na lição de 19 de março de 1974, Lacan ressalta que mesmo uma mãe sozinha pode garantir uma metáfora paterna quando substitui o significante Nome-do-Pai por uma nomeação para. Entretanto o “não” da alteridade paterna é transformado em uma lei demasiadamente dura, de uma rigidez implacável.

É a mãe quem oferece ao filho um pai, ou seja, é pela palavra da mãe que um pai passa a fazer parte da estrutura psíquica de um filho. Desse pai, esperamos que possa se apropriar de seu lugar e, junto com a mãe, oferecer o mundo, o diferente, o aprendizado, a escola, possam, enfim, realizar as podas necessárias para que a criança cresça longe de se tornar um apêndice de gozo da mãe. A Função Paterna interdita a simbiose, propicia o aconchego sem fusão, protege sem oprimir, alterna sim e não, dá limites, bordas, contorno a um EU. A função paterna diferencia e destaca um do Outro.

A mãe sob castração é aquela que reconhece a falta de seu objeto imaginário, e, assim, o bebê/falo pode passar a ocupar o lugar de bebê/filho. Quando a construção da maternidade encontra-se sob os efeitos da castração, da

inscrição da lei edípica, sob o vigor do significante Nome-do-Pai, podemos dizer que este sujeito esperado tem chances de não ser o objeto do desejo materno, mas seu representante. Uma mãe barrada pela lei está impedida de devorar seu produto e destruí-lo, pois se encontra sob a interdição incestuosa. A lei paterna divide a mulher em sua condição subjetiva, ou seja, ela poderá ser mãe e mulher, ter um filho do homem amado. “O pai intervém em diversos planos. Antes de qualquer coisa, interdita a mãe. Esse é o fundamento, o princípio do complexo de Édipo, é aí que o pai se liga à lei primordial da proibição do incesto” (LACAN, 1999: p.174).

Ela porta o terceiro: “É por toda a sua presença, por seus efeitos inconscientes, que ele realiza a interdição da mãe. [...] O vínculo da castração com a lei é essencial” (LACAN, 1999: p.174/175). Desta forma não há díade mãe/bebê, como se costuma falar, para designar a vinculação da mãe ao seu bebê. Onde há dois sob lei paterna, existem três. A construção da cena a três se nomeia, em psicanálise, de cena edípica e é em torno do Édipo, da função paterna operando na mãe, que toda a estrutura psíquica e mental se desenvolve. Uma mãe submetida à castração dá ao pai o lugar junto ao filho através de sua palavra.

É preciso uma lei, uma cadeia, uma ordem simbólica, a intervenção da ordem da palavra: isto é o pai. Não o pai natural, mas o que se chama o pai. A ordem que impede a colisão e o rebentar da situação no conjunto está fundada na existência do Nome-do-Pai. Este é o sentido mesmo do complexo de Édipo (LACAN, 1999: p.152).

Por isso mesmo, nos casos em que a criança é deixada sozinha com a mãe, complexos de Édipo inteiramente normais se estabelecem. É, portanto, sob as leis do simbólico que o humano, singular, filho único, sujeito de desejo, pode advir:

[...] quando há um sujeito falante, não há como reduzir a um outro, simplesmente, a questão de suas relações como alguém que fala, mas há sempre um terceiro, o grande Outro, que é constitutivo da posição do sujeito enquanto alguém que fala (LACAN, 1999: p.159).

#### 4.4 A MÃE NÃO É MULHER

A maioria dos animais tem sua definição sexual garantida pelo instinto. Identifica-se com sua espécie e seguem o caminho do instinto que determina seus comportamentos de sobrevivência individual e do grupo de forma sempre padronizada. Por sermos seres de psiquismo, humanos, não instintivos, mas pulsionais. Somos regidos pela pulsão oriunda da falta original desta inscrição sexual. A ausência dessa inscrição que, como já vimos no capítulo anterior, determina até o padrão sexual, fez com que Freud (1905) elaborasse o texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* com o propósito de compreender a sexualidade infantil e humana em geral, concluindo que a anatomia nada tem de determinante na posição masculina ou feminina do humano. Essa indeterminação faz com que, apesar de anatomicamente portarmos um sexo, sejamos convocados a nos interrogar sobre essa falta e a fazer escolhas de posição e de objeto. Escolhas nada têm a ver com a anatomia, embora ela seja uma variante importante, um amparo imaginário para o questionamento sobre a diferença sexual. A falta dessa inscrição permite o acesso à fala e instaura o desejo, a curiosidade e a demanda.

Para ter um filho, é preciso, primeiro, que a mulher se posiciona do lado masculino da sexuação, pois, dessa posição, desejará o objeto que lhe falta, o falo. O filho é um substituto fálico, um representante, um semblante. Ao enigma da falta na mãe a resposta é falo. O falo como algo que está além do órgão sexual é um significante; tem como função paradoxal em relação ao desejo inscrever a

falta. É ele que impede a acomodação ao significante, o colamento, quando, ao garantir a falta de um significante que fecharia a questão do sexual definindo para o sujeito seu ser, faz deslizar de significante para significante a representação do sujeito. Dialeticamente, ele aprisiona o sujeito à linguagem, único meio humano de ascender ao sexual. O falo enquanto signo de desejo se manifesta como objeto do desejo. É a presença de uma ausência.

O significante fálico situa um campo de ilusão, de alienação imaginária, mas, contraditoriamente, oferta a desilusão, a impossibilidade de se obter o objeto. A mulher castrada porta um furo, falta real do objeto simbólico, sofre a privação: o objeto falta e por isso se deseja tê-lo. O filho falicizado, Ideal de EU, é elevado à posição de objeto de desejo. A mulher não-toda, acostumada a fazer semblante, inconscientemente, sabe que seu filho não é seu falo e sofre mais uma vez essa perda. Esse prejuízo de ter desejado algo e não o ter obtido chama-se frustração. Lesada em seu desejo, resta a dor. Esse sofrimento, que ocorre normalmente após o parto diante da presença real do bebê é conhecido como “*baby blues*”, presente na maior parte das mulheres.

Lacan diz que há um não-sabido que se sabe do inconsciente é que é o amor. Logo, por amor, dolorida, a mulher/mãe procura reconhecer algo de familiar neste estranho para o adotar. Todo filho é um filho adotivo. Ela, então, dará ao filho adornos libidinais de sua própria imagem, desejando que ele queira, por amor a ela, obter o falo que lhe falta. Assim, a criança, demandando amor, tentará metaforizar o desejo da mãe dando ao falo, o qual está sempre oculto no discurso do Outro primordial, uma significância, uma interpretação particular de acordo com a cadeia significante em que está inscrito, isto é, recortará dos significantes primordiais de sua história um sentido para o desejo da mãe, criando uma teoria sexual infantil. É pelo significante falo que o sexual, irreduzível ao biológico, será articulado em discurso. Para o humano, ser homem ou mulher é uma questão de discurso, de ser de linguagem, não de ser biológico. O falo é o significante da diferença. A operação psíquica de separação se dá pela presença da castração, a qual demarca a impotência humana, a falta de um significante que determinaria o

ser para o sexo. No inconsciente, nada se sabe sobre o que é ser mulher ou homem; isso é construído. Com Freud, entendemos que a cena traumática originalmente é sexual. É traumática porque a criança nada sabe falar disso e por exigir que se faça uma reconstrução a partir do encontro com a falta real. No inconsciente, a sexualidade e a morte não possuem registros que possam ser nomeados, fazem parte do real. São dois campos indizíveis, impossíveis de serem definidos. A sexualidade, além de infantil, é intelectual, pois impõe que se elaborem conceitos. Dessa forma o encontro com a castração materna, com o que de feminino uma mãe possa portar, remete ao vazio, à ausência fálica, ao trauma. Este está associado ao real, ao que não tem significação.

Lacan, no Seminário 4, *a relação de objeto*, assegura que:

[...] é a mãe quem faz o papel do agente [...] trata-se de que a mãe ensine, progressivamente, a criança a submeter-se às frustrações e ao mesmo tempo a perceber, sob a forma de uma certa tensão inaugural, a diferença que existe entre a realidade e a ilusão. Esta diferença só pode se instalar pela via da desilusão, quando, de tempos em tempos, a realidade não coincide com a alucinação surgida do desejo (1995: p.230).

Isso é a função materna. Ele posteriormente nos fala ainda que:

O princípio de prazer, nós o identificamos com uma certa relação de objeto, isto é, a relação com o seio materno, enquanto o princípio de realidade foi identificado por nós ao fato de que a criança deva aprender a dele se abster (1999: p.14).

A frustração é a recusa do Dom de amor. Nesse seminário, ele declara que a castração só pode ser operacionalizada pela presença do pai, da lei paterna que divide a mãe em mãe e mulher, pois o homem deseja a mulher, traz a mediação.

O pai impõe a presença da lei para ambos, mãe e filho: crianças cuidadas apenas por suas mães são crianças que podem receber lei muito tirânica.

A posição feminina inclui a falta, o que está fora do simbólico, o que não tem consistência. Por isso, a mulher não é definida e faz bem menos conjunto que os homens. Uma jovem procura a análise por se encontrar em grande estresse diante da possibilidade de fazer uma lipoescultura e implantação de silicone. Ela relata: “Lá em casa é meio assim, para meu pai, tudo é dele, até o silicone que vou colocar. É muito abusado meu pai. É difícil! Muito difícil! Tudo é uma bagunça. Todos entram no meu quarto, invadem e mexem em tudo que é meu. No final, até minha mãe, sem querer, faz bagunça também. Nunca tive privacidade. Nunca pude ter uma agenda, um cofrinho. Só tenho uma gaveta que tranco e ando com a chave. Lá em casa, só não mexem nas bolsas. Acho que é por isso que nunca fui muito menina”. Este é um exemplo que demonstra a importância da função paterna como aquela que organiza e facilita o posicionamento do sujeito na assunção sexual.

A identificação sexual não é suficiente para dizer sobre o sexo. Ser homem ou mulher é uma resposta, um posicionamento diante da castração, uma questão de discurso, jamais de anatomia, apesar de isso dar um ancoramento imaginário significativo. O homem tem, com isso, uma vantagem, pois, do ponto de vista anatômico, é suposto fálico. A mulher nem mesmo ganha a autorização para um dia ter falo, a não ser pela interpretação do filho como tal. Toda mãe está posicionada do lado masculino da sexualidade, pois almeja ter o falo. Ela encontra-se envolvida na dinâmica da conquista do objeto, por isso, toda mãe é fálica. Para se ter um filho, é preciso ter sofrido a marca da castração e ter metaforizado o desejo materno, ou seja, ter interpretado o desejo materno como desejo de pênis.

Segundo a teoria lacaniana, o complexo de Édipo divide-se em três tempos. Ao entrar no primeiro tempo do Édipo, a criança se encontra numa relação de indistinção com a mãe. Nesse momento, a criança é simbolizada pela mãe como o

falo. É o falo imaginário. Toda criança, ao nascer, deve ficar no lugar de objeto a. O primeiro tempo do Édipo refere-se a ser ou não ser o falo. Neste primeiro tempo do Édipo o grande marco é a questão da identificação formadora do Eu, sendo o auge, na teoria lacaniana, o estádio do espelho. Mesmo na impotência de sua coordenação motora, o bebê antecipa imaginariamente uma unidade corporal e jubila-se; identifica-se com a imagem ofertada pelo semelhante. A criança identificada à imagem fálica da mãe sente-se completa. Essa identificação com o Outro primordial é indispensável para a constituição do Eu. Mesmo sem saber que se encontra na posição de “His Majesty, the Baby” (Freud), a criança sente que ela é a causa da felicidade da mãe e que a completa, desde que seja o que a mãe deseja. Desta forma, ao ser inserida no campo da linguagem, a criança assujeita-se encobrendo a falta materna.

São duas as operações da relação do sujeito com o Outro que ocorrem conjuntamente, mas que, por uma questão didática, serão descritas separadamente: a primeira operação de fundação do sujeito é a **alienação** correlacionada a esse primeiro tempo do Édipo em que a criança está submetida ao ideal de uma imagem narcísica. “[...] a primeira alienação – aquela pela qual o homem entra na via da escravidão. A liberdade ou a vida! Se, escolhe a liberdade, pronto, ele perde as duas imediatamente – se ele escolhe a vida, tem a vida amputada da liberdade” (LACAN, 1988: p.201).

A segunda operação de fundação do sujeito é a **separação**. Ela está remetida à falta. A falta é estruturante para a demanda e o desejo. O desejo é a metonímia da falta, que vai de significante em significante como vetor que faz falar. O desejo é aquilo que se encontra para além da demanda, naquilo que a mãe não disse. A fala da mãe não diz tudo, deixa lacunas que permitem à criança perguntar: “Mas o que ela quer?” O desejo aparece naquilo que está articulado nos significantes, mas não é dito. A entrada no segundo tempo do Édipo requer que a criança se depare com a falta da mãe e a simbolize. Para isso, a mãe precisa permitir a entrada do pai. A Lei ou palavra que vem do pai retira o filho do lugar de objeto. A criança que fica fixada a esse lugar encontra-se em risco psíquico. Da

impossibilidade de reciprocidade entre o sujeito e o Outro, da incapacidade de se completarem, há uma torção e a criança se depara com o enigma do desejo do adulto. “Ela termina a circularidade da relação do sujeito ao Outro, mas aí se demonstra uma torção essencial” (LACAN,1988: p.202). O desejo do Outro é apreendido pelo sujeito através das faltas que comportam seu discurso. E a criança se põe a questionar. A base da separação está sendo dada pelo significante Nome-do-Pai. A função paterna é a que comporta a alteridade radical, é separadora por excelência, é o interventor propiciativo, é a instância terceira com função de revelação. A operação de separação convoca à presença da castração, e esta demarca a impotência humana, a falta de um significante que determinaria o ser para o sexo.

O nascimento humano não se dá com um único corte; não se dá com o parto, de só uma vez. Serão precisos vários cortes e amarrações para que o sujeito nasça. Antes mesmo da concepção de um filho, a falta deverá estar em pauta. O pai, no segundo tempo do Édipo, não está mais operando na relação mãe-bebê de maneira velada. “O que ele enuncia é um não [...]: não reintegrarás teu produto e [...] não te deitarás com sua mãe [...]” (LACAN, 1999: p.209). A isso Lacan chama de encontro com o Outro do Outro. O Outro que a mãe instaura como aquele que dita a lei. O pai do segundo tempo é o pai imaginário, terrível, o falo rival, o que priva a mãe do seu objeto de desejo e frustra o filho proibindo-lhe seu objeto primordial: a mãe.

O segundo tempo do Édipo ocorrerá, tanto para o menino quanto para a menina a partir da descoberta da falta da mãe, descoberta de que a mãe está também submetida a uma lei: ela se encontra sob a lei da castração. Com a constatação de que a mãe é não-toda e de que ela deseja algo para além da criança, têm início às teorias sexuais infantis. A criança passa a se interessar por sua filiação e sua origem. O segundo tempo do Édipo tem como questão central a problemática da filiação. Surge o enigma do desejo materno, inicia-se o processo de investigação e a curiosidade entra em cena. Nesse tempo, a criança, aceitando a incompletude materna, sua castração, recorrerá à operação do recalque e

“esquecerá” que desejou sua mãe como seu complemento narcísico e pulsional: a neurose terá origem. Caso recuse a privação materna, a criança estará estabelecendo um tipo perverso de relação com o desejo — far-se-á possuidora de um objeto capaz de reatualizar a potência materna.

Como já mencionamos, a possibilidade de se exercer a função materna sobre o viés da presença/ausência só é possível quando a função paterna pode estar em operação também para a mãe. Mãe que não faz o luto do filho como seu objeto insiste em obturar sua falta, e a criança não se encontra na posição de desejada, mas de gozada. A mãe desejante é a mãe faltosa, a que está submetida à Lei paterna. A Lei paterna em função opera na mulher e faz com que o desejo materno de devorar o objeto fálico, de se obturar com ele, seja barrado, permitindo que ela possa ofertar ao filho sua ausência. Dessa maneira, ela pode reconhecer o filho não como o falo, mas como um representante fálico e, assim, desviar seu olhar para outros objetos, criando o enigma sobre seu verdadeiro objeto de desejo e favorecendo que ele possa vir também a ocupar o lugar de um sujeito de desejo. A mãe faltosa deixa ao filho a possibilidade de que este venha a interpretar sua ausência.

O pai cria o triângulo amoroso, tão necessário à constituição psíquica. O que está no centro da questão do inconsciente e o que este nos revela é o complexo de Édipo, o triângulo familiar. O Inconsciente é, para o psiquismo, a mola-mestra, e o Recalque, a condição de montagem da engrenagem. O inconsciente sofre efeitos do recalque que o põe em funcionamento. Podemos dizer com Freud (1915) que o recalque é o pilar sobre o qual repousa toda a estrutura da psicanálise. É o recalque primário que barra a energia escoante da pulsão e estabelece ligações e possibilidades de fazer do buraco energético um furo. Desse modo, institui-se o circuito pulsional que cria bordas, delimitando, de forma singular, cada sujeito. Tanto o recalque como o inconsciente vem inicialmente do campo do Outro. A revelação do inconsciente é a amnésia infantil que incide sobre a existência dos desejos infantis pela mãe e sobre o fato de

esses desejos serem recalçados. Eles não são só reprimidos. Por serem primordiais, são recalçados e estão sempre presentes.

Freud revela que é com o Édipo que a lei paterna é internalizada e, como consequência, temos o **supereu**, que é o herdeiro do complexo de Édipo. Com Lacan (1953), vimos que o que possibilita a amarração dos três registros (R S I) constituintes da estrutura psíquica é o significante Nome-do-Pai, marca fundamental que, quando posta em funcionamento pela função paterna, operacionaliza a montagem do aparelho psíquico. É no vigor do Nome-do-Pai ou, como posteriormente em sua teoria Lacan preconizaria, dos Nomes-do-Pai e em torno do falo que o psiquismo se enodula.

O reconhecimento da lei do pai, por intermédio da palavra da mãe, é fundamental para que a criança avance para o terceiro tempo do Édipo. Lacan diz que este pai de quem se deseja um filho, é o pai simbólico, o pai do Édipo:

Que é o pai?... A questão toda é saber o que ele é no complexo de Édipo. ... O pai é o pai simbólico. ... É isto: o pai é uma metáfora. ...A função do pai no complexo de Édipo é ser um significante que substitui o primeiro significante introduzido na simbolização, o significante materno (1999: p.180).

A passagem do segundo tempo para o terceiro tempo do Édipo é determinada pela submissão da criança à lei do pai e pelo reconhecimento de que ela não é e não tem o falo, mas o deseja e o procura junto ao pai. O pai apontado pela mãe como o que porta o falo é o pai real, encarnado. O pai do terceiro tempo do Édipo, o pai real, é o potente. A criança, nesse tempo, dirige-se ao pai e se introduz na dialética do ter ou não ter o falo e no jogo das identificações com o Ideal do eu. O agente da castração simbólica é o pai real, o sujeito investido pelo significante do pai, aquele que ocupa o lugar de depositário do desejo da mãe. Este é o momento de posicionamento sexual para a criança.

O complexo de Édipo, além da estrutura moral e das relações com a realidade, tem função normativa, principalmente quanto à assunção do sexo. Assim, através do Édipo, o homem assume o tipo viril, e a mulher, um certo tipo feminino e se identifica como mulher, com suas funções femininas. "A virilidade e a feminização são essencialmente a função do Édipo" (LACAN, 1995: p.171). O terceiro tempo do Édipo se destina ao encontro da solução para o problema da sexualização. Não se é homem ou mulher pelo destino imposto pela genética. No terceiro tempo do Édipo, a criança, submetida à castração, realiza seu posicionamento em relação ao falo. O menino recebe a autorização para ter o falo, um reconhecimento simbólico por parte do pai para que, mais tarde, como o pai, possa ser potente. A menina não possui esta autorização e, como a mãe, aprenderá a se fazer objeto de desejo para quem o tem. O caminho para a feminilidade é diferenciado. No Sem. 5: *As Formações do Inconsciente*, Lacan declara: "[...] no momento da saída normatizadora do Édipo, a criança reconhece não ter – não ter realmente aquilo que tem, no caso do menino, e aquilo que não tem, no caso da menina" (1999: p.179). O sexual, já mediado pela lei, promove a possibilidade de uma inscrição sexual como homem ou mulher a partir do simbólico, da fantasia. O tipo de objeto amoroso sexual estará relacionado não às posições masculina ou feminina, mas à fantasia que organizou o desejo.

O agente da castração que vai pôr fim ao Édipo é um lugar simbólico existente no desejo materno, nem sempre ocupado pelo pai biológico. Para Lacan, "[...] o pai é um significante que substitui um outro significante" (1999: p.180), logo é uma metáfora. "É enquanto significante capaz de dar um sentido ao desejo da mãe que, com justiça, posso situar o Nome-do-Pai" (Lacan, "El Enamascarado", Revista Conjectural, nº 1: 95). Lembremos da citada referência ao bebê que já se encontra em posição de substituir a mãe por outro objeto e de com ele poder brincar. Isso só é possível porque o significante pai está em função na relação da mãe com este específico filho. Todas as discussões que se produzem em torno do Édipo são, ao mesmo tempo, em torno da função do pai, pois se trata de uma única e mesma coisa. Não existe a questão do Édipo quando não existe pai e, inversamente, falar do Édipo é introduzir como essencial a função do pai. O Édipo

gira em torno de três pólos: o supereu, a realidade e o Ideal do eu (que concerne à assunção do sexo). Estes três pólos estão referidos à questão do complexo de castração:

Não chamaríamos o que está em jogo de complexo de castração se, de certa maneira, isso não pusesse em primeiro plano que, para tê-lo, primeiro é preciso que tenha sido instaurado que não se pode tê-lo, de modo que a possibilidade de ser castrado é essencial na assunção do fato de ter o falo (LACAN, 1995: p.193).

Desta forma, a presença ou ausência do pai, não do pai genético, do pai representante da lei, é fundamental para a construção, ou não, da cena edípica e da fantasia. O pai, o terceiro, subverte o desejo da criança de ser o falo para o de ter o falo. Assim, o triângulo, na verdade, é um quadrilátero que instaura lugares e funções a partir da circunscrição do objeto causa do desejo (objeto *a*). É em torno do falo que o sujeito se constitui e se posiciona sexualmente. É na relação com objeto e com a alteridade que a estrutura se evidencia e a sexualidade se organiza.

Freud nos diz: – *O que me mostra minha experiência é que também na mulher, e não apenas no homem, o falo está no centro.* [...] ele vai mais longe, e nos mostra como esse mesmo falo se produz no centro da dialética feminina. [...] havíamos sido capazes, a rigor, de compreender o acesso do homem à qualidade de homem, através do complexo de castração. Na mulher, porém, essa afirmação certamente comporta um paradoxo, [...] tanto a menina quanto o menino desejam, inicialmente a mãe. Só existe uma única maneira de desejar. A menina se supõe, a princípio, provida de um falo, como também acredita que sua mãe seja provida de um falo (FREUD *apud* LACAN, 1999: p. 285/286).

Só há desejo a partir de uma referência fálica.

[...] a evolução das pulsões faz com que, de transferência em transferência [...] desde a forma do seio e por intermédio de um certo número de outras formas, chega-se à fantasia fálica mediante a qual, no final das contas, é na posição masculina que a filha se apresenta em relação à mãe. É preciso, por conseguinte, que intervenha alguma coisa, mais complexa no caso dela que no do menino, para que ela reconheça sua posição feminina. [...] É na decepção que Freud vê a mola da entrada da menina em sua posição feminina. A saída de sua fase fálica é gerada por essa decepção (LACAN, 1999: p.286).

Lacan cita ainda Lampl de Groot (1927) dizendo que ela é justa quando assinala o complexo de Édipo na menina seguindo esse campo freudiano e comenta:

[...] a menina entra no complexo de Édipo pela fase inversa do complexo. A menina apresenta-se no complexo de Édipo, inicialmente, em sua relação com a mãe, e é o fracasso dessa relação com a mãe que lhe descortina a relação com o pai, com o que depois será normatizado pela equivalência entre o pênis, que ela jamais possuirá, e o filho que ela de fato poderá ter, e que poderá dar em seu lugar. [...] O desejado é o pênis do pai (GROOT *apud* LACAN, 1999: p.288).

É a teoria do *Penisneid*. Mas o sujeito se frustra.

Mas ele é frustrado nisso tanto pela proibição edipiana quanto em razão da impossibilidade fisiológica. [...] surge a fantasia de ter um filho do pai, isto é, de possuir aquele pênis sob uma forma simbólica. [...] Uma frustração é imaginária, mas se refere a um objeto real. É nisso que o fato de a menina não receber o pênis do pai constitui uma frustração. [...] Uma privação é absolutamente real, embora se refira a um ao objeto simbólico. Na verdade, quando a menina não tem um filho do pai, a questão nunca seria, afinal, que ela o tivesse. Ela é incapaz de tê-lo. O filho, aliás, só existe aí como símbolo, e símbolo, precisamente, daquilo em que ela é realmente frustrada (LACAN, 1999: p.288/289).

Para se ter um filho, é preciso que uma mulher se coloque no lado masculino da sexuação, ou seja, identifique-se ao pai e dele deseje ter o falo. Trata-se de uma identificação: “[...] sob um certo ângulo e de certa maneira, a criança transforma-se

nesse pai. Ela não se transforma realmente no pai, é claro, mas torna-se o pai enquanto Ideal do eu” (LACAN, 1999: p.306). Apesar dessa identificação ao pai, “A menina nem por isso se transforma em homem” (LACAN, 1999: p.306). E já não é mais do mesmo desejo que se trata, mas de um desejo que vem substituir o que tinha a ver com a relação libidinal primária, com o que estava em jogo na constituição do objeto, aquele que ligava a filha à mãe. É, agora, um desejo transformado em metáfora. Um filho é, portanto, uma metáfora.

É preciso que a mãe, apesar de a gravidez psíquica estar em curso, continue desejando enquanto mulher. A criança tem valor fálico quando ela pode dividir, no sujeito feminino, a mãe e a mulher. Na dialética significante, sob o significante Nome-do-Pai, o objeto criança invoca a presença, mas também promove a ausência materna, divide o sujeito feminino. Enquanto significante, porta a propriedade de ser equivocante. A função paterna sustenta e possibilita o transbordamento da mulher em mãe dando-lhe condição de amparar seu bebê, bem como interdita a mãe para que a mulher possa se fazer objeto para o homem.

Para se ter um filho, é preciso que se atravesse o processo edípiano e se possa inventar novas modalidades de lidar com o real, com aquilo que não é possível ser explicado pelo instinto. É preciso o encontro com a sexualidade e a tomada de uma posição: “[...] as vias do que se deve fazer como homem ou como mulher são inteiramente abandonadas ao drama, ao roteiro, que se coloca no campo do Outro – o que é propriamente o Édipo” (LACAN, 1988: p.194).

Está em jogo o vir-a-ser feminino: a mulher quando menina precisou abrir mão de ser o falo da mãe para se encaminhar para o desejo de ter o falo. A transmissão de gerações é particularmente importante no que diz respeito ao feminino, à feminilidade e à devastação entre mãe e filha. Os ditos e não-ditos transgeracionais marcam e influenciam o desejo materno.

Por sua vez, Lacan fala de três tempos do Édipo para que o sujeito, barrado pela lei do significante Nome-do-Pai, possa advir. Mas o que é fundamentalmente

enfocado neste trabalho é a contemplação das tramas estabelecidas pelo Outro e das quais dificilmente se escapa. “Nenhuma criatura humana pode fugir a seu destino” (Sófocles, 1997: p.06).

A criança feminina é, na medida em que não possui o falo, que ela se introduz na simbólica do dom. É na medida em que ela faliciza a situação, isto é, que se trate de ter ou não ter o falo, que ela entra no complexo de Édipo. O menino, como nos sublinha Freud, não é por aí que ele entra, é por aí que ele sai. No fim do complexo de Édipo, no momento em que realiza num certo plano a simbólica do dom, é preciso que ele faça dom daquilo que tem. A menina se entra no complexo de Édipo, é na medida em que ela não tem, ela tem que encontrá-lo no complexo de Édipo (LACAN, 1995: p.125).

Muito mais que um advento orgânico, a psicanálise afirma que o lugar da mãe é uma conquista de um arranjo elaborado de forma psíquica em consonância com a Lei do desejo. No texto *Nota sobre a criança*, também conhecido como *Nota a Jenny Aubrie*, de 1969, Lacan observa que o sintoma da criança revela a verdade do casal familiar. Ela pode ocupar o lugar do objeto na fantasia da mãe. Seu sintoma põe em relevo que a subjetividade da mãe e sua subordinação ao significante Nome-do-Pai determinam a maneira como ela (a criança) será implicada na sintomática familiar.

Uma paciente é encaminhada pelo ginecologista ao analista por ter solicitado a este ajuda para que ela pudesse engravidar, visto que estava muito insegura. Durante as entrevistas com o analista, ela relata que havia perdido sua mãe aos nove anos de idade, por ocasião do nascimento de seu irmão, por complicações no parto. Fora, a partir de então, cuidada por duas tias, irmãs do pai, que nunca casaram nem tiveram filhos. Segundo a paciente, “elas não tiveram outra opção, pois meu pai é alcoólatra, e me entregou aos cuidados de minhas tias. Elas faziam de tudo para que eu me virasse sozinha e logo eu pudesse crescer e elas se livrar de mim”. Quando interrogada sobre seu desejo de ser mãe, afirma: “parece que filhos para mim são proibidos, pois ninguém me apóia. Eu falo

sobre meu projeto de ter um filho e não me ouvem, ninguém diz uma só palavra. Minhas primas são prontamente atendidas, todas as tias as ajudam”. Esta moça revela seu desejo de ter filho após a separação de um casamento de 15 anos. Quando questionada pelo analista sobre este fato, responde: “podia mesmo ter jogado três netos no colo de minha sogra, isso seria perfeito. Minhas tias diziam que ela era uma mãe para mim. Por que não fiz? Como posso reverter isso? Carrego muita culpa. Que coisa triste é sair de um casamento sem filhos. Quando me alertei, meu marido já tava tão surtado que não queria mais nada. Meu vizinho queria tanto um filho que acabou engravidando a mulher, tinha desejo nele. Meu marido não. Para ter um filho tem que ter pelo menos desejo, não é? A não ser que seja um acidente. Mas... mesmo um acidente tem que ter desejo, né?” A analista pede que disserte mais sobre seu desejo e sua insegurança. Ela lhe diz: “Meu desejo é muito reprimido, ou melhor, depois que estou podendo falar, depois dos nossos trabalhos, ele está mais livre. Penso que só aqui posso falar porque na minha família todos ficam entediados comigo, também não sou filha deles, né? Tenho medo de morrer como minha mãe e deixar um filho para outros cuidarem”.

Neste caso, podemos fazer várias articulações com a teoria que foi encaminhada neste capítulo. Priorizaremos a questão do desejo e do encaminhamento do ginecologista. A paciente abordada deixa claro que o desejo precisa estar presente para se ter um filho. É relevante pensarmos que o contexto materno dessa moça é marcado pelo significante da morte e do silêncio, significantes que mais estão a serviço da pulsão de desconstrução do que a de construção da função materna. Fica evidenciado que a paciente não buscou ter filhos durante o casamento, porque tinha uma sogra que a apoiaria nos cuidados a seus filhos o que propiciava sua fantasia inconsciente de morte, associada à história de sua mãe. Não é sem receio e sim com cautela que, apesar de portar desejo, ela procure ajuda para engravidar. Isso demonstra que, embora marcada pelo significante da falta, fundamental para se ter um filho, ela está muito mais na posição de quem precisa de amparo do que de quem pode ofertá-lo, coisa que ela mesma reconhece como fundamental para se ter um filho. Sua função paterna, a

que permite o sujeito amparar, vacilar, o que a faz buscar a escuta analítica, tão bem indicada pelo profissional médico, que “prescreveu a melhor receita”.

Este caso demonstra a efetiva participação interdisciplinar, a ética podendo ser operacionalizada através do reconhecimento dos limites dos campos de pesquisa e o respeito ao sujeito do inconsciente. O médico, em vez de atender à demanda consciente da paciente, ofertando medicação ou apenas a garantia do futuro atendimento pré-natal, escuta-a e inicia o pré-natal do projeto filho, dirigindo essa moça ao lugar onde ela irá encontrar o “re-médio” para sua insegurança, ou seja, um meio de mediar suas pulsões. Isto é o que chamamos de Intervenção Precoce, um ato que possibilita a escuta do sujeito.

## 5 CONCLUSÃO

Desde que foi difundida a contracepção química em nossa cultura, o lugar da mãe passou a ter um destaque especial. Desejar uma criança passa a ser uma situação consciente, racional e deliberada, em que cabe, inclusive, planejamento e programa de fertilização. Traduz-se o desejo de ter um filho como algo natural da condição sexual da espécie humana. Mesmo com os avanços e implementações de normas e manuais técnicos de assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério abordando com mais amplitude o contexto da mulher candidata à mãe, ainda percebemos a deficiência em valorar os efeitos do inconsciente. Apesar de todas as estratégias e condições desenvolvidas pela ciência — planejamento familiar, fertilização *in vitro*, programas de acolhimento e aconselhamento, criação de leis que favorecem o processo de amamentação, etc. — a força da pulsão, responsável pelo desejo, insiste em contrariar qualquer racionalidade, apresentando, sob as mais adversas circunstâncias, suas manifestações, afiançando pela presença do inconsciente. A vinda de uma criança não-programada ou a dificuldade em amamentar traduzem o desejo inconsciente.

Querer determinar de forma ideológica quantos filhos uma mulher deve ter, presumir que haja maneiras de controlar a época de uma mulher engravidar e a forma de ela não abandonar seu bebê ou ainda que a amamentação possa ser exclusiva até o sexto mês de vida do bebê é continuar a participar da ingênua condição de negação do inconsciente, tão claramente provada pela psicanálise. Afinal, a quem servem todas essas elaborações técnicas se não forem facilitadoras da singularidade do sujeito? Negar o inconsciente é negar a vida humana. Porque há o inconsciente, o humano, dentre todos os animais, é capaz de suportar e cuidar de sua cria por tempo tão extenso como também de a abandonar ao nascer ou mesmo de a eliminar por desconhecê-la. O lugar da mãe é construído.

O desejo de filho, apesar de parecer natural para o contexto feminino e também o mais universal, é, na verdade, um processo complexo de desejos inconscientes relativos à imortalidade e à identificação aos pais. A partir dos textos freudianos, observamos que o desejo de filho perpassa algumas vertentes: além da vertente edípica (do filho advindo do contexto incestuoso), existe a não-edípica. O Édipo é apenas um lado da maternidade. A relação inconsciente com a própria mãe é, antes de tudo, uma vertente de fundamental importância. O ódio à mãe, o desejo de vingança, pode ser um intenso impeditivo à procriação, ou mesmo à possibilidade de se exercer a função materna. Muitas vezes, o corpo materno não tem representação possível no inconsciente de uma mulher grávida, e ela, apesar de ter desejo de filho, não pode engravidar. Existem situações em que esta falta de representação de corpo materno pode sintomatizar episódios abortivos, não raro culminando com o nascimento prematuro de um bebê. É preciso haver uma referência inscrita inconscientemente, uma marca da imagem materna positiva no inconsciente de uma mulher para que esta possa conceber. Trata-se de uma questão narcísica. Várias são as lendas e mitos descritos nas histórias bíblicas bem como em romances, o que demonstra o quanto a procriação está muito mais sob os destinos do relacional que do orgânico. A dívida simbólica com a mãe e os destinos dados aos impulsos hostis são, no ser falante, mais determinantes que a própria força da natureza. Não esqueçamos que uma das

fantasias primárias da menina é dar um filho à mãe. O primeiro filho é para pagar a dívida com a mãe. O desejo de filho está inscrito não só em um registro edípiano, mas também num registro narcísico. Quando a gravidez se desenvolve, há uma convocação à identificação materna. Então, intrincam-se dois caminhos da estruturação psíquica: um, da identificação materna arcaica; outro, da realização edípiana. A questão da esterilidade encontra, na maior parte das vezes, suas raízes no medo de deixar morrer a imagem de filha para fazer surgir a imagem de mãe, a mais velha, dependendo de como a imagem de mãe foi refletida por sua própria mãe a partir das vivências gestacionais desta e da relação que estabeleceu com sua mãe (a avó). É a vertente transgeracional, a qual Freud designa como filogenética.

Ao escutarmos uma gestante e suas fantasias, estamos em posição de escuta do campo pré-edípico em relação ao proto-sujeito. Questões significativas podem se apresentar em relação ao lugar que este bebê estará ocupando na economia psíquica deste outro materno.

A história da psicanálise nos atesta que é especialmente ao campo pré-edípico que a experiência, a preocupação com a coerência e a maneira como a teoria é fabricada e se mantém de pé fizeram com que fossem atribuídas as perturbações profundas, em alguns casos, do campo da realidade pela invasão do imaginário (LACAN, 1999: p.169).

Em consonância com Lacan quando ele versa sobre o conceito da transferência: “A presença do analista é ela própria uma manifestação do inconsciente” (LACAN,1988: p.121) e quando formula que “[...] a arte de escutar equivale à do bem dizer” (LACAN,1988: p.119), pensamos que há intervenção quando o analista convoca os profissionais da saúde a passarem do assistir para o escutar o sujeito que demanda cuidados.

O saber médico é, normalmente, dessubjetivado e o profissional da saúde mental é, na maioria das vezes, chamado para “acalmar o paciente nervoso” ou

medicar os casos de depressão pós-parto (isto quando, na unidade, há psicólogos e psiquiatras). Em contrapartida, o fato de ser um profissional da saúde mental não garante, em absoluto, que ele possa ir além do assistir, que possa ir em direção à escuta do sujeito. É preciso, para isto, que seu campo de trabalho seja o inconsciente. A tentativa de um rápido diagnóstico e de uma medicalização atenuam o mal-estar que acomete a instituição, visto que lidar com o sujeito é estar diante do mal-entendido. Para escutar, é preciso que o inconsciente seja priorizado. Lacan assegura que a causa do inconsciente “deve ser fundamentalmente concebida como a causa perdida. [...] O encontro é sempre faltoso. [...] É aqui que a presença do psicanalista é irredutível, como testemunha dessa perda” (LACAN, 1988: p.122 /123).

Diante disso, impõe-se a reflexão: a maternidade, desde o pré-natal, não é um lugar extremamente propício à escuta analítica? Tempo de perda, de encontro com o real, tanto para a mulher candidata a encarnar o Outro para tornar-se o Outro primordial (reencontro com a “coisa” materna e feminina) como para o *ínfans*. Tornar-se mãe e ter um filho são processos psíquicos que doem. Precisam ser escutados. Dor para quem põe no mundo, que perde, no mínimo, o bebê imaginário; dor para quem nasce, que nem mesmo sabe que, para nascer no campo do Outro, receber uma inscrição, um nome, há um preço a pagar: ser filho é já portar uma dívida com o Outro, a dívida simbólica. Ser mãe e ter um filho é aceitar a submissão à lei do pai, à castração. A criança nasce como fruto desta ação edípica inconsciente. Quem nasce nessa trama tem condição de vir a ser sujeito.

Não é sem motivo que consideramos, em todos os projetos e trabalhos apresentados, toda gravidez como de risco. Muitas mulheres e bebês não conseguem sobreviver a este encontro, e continuamos tendo inúmeros casos de mortalidade materna e infantil e um aumento das morbidades. Os programas de saúde governamentais dedicados a mulheres gestantes declaram sua imensa preocupação, mas empregam como medidas preventivas o aumento do número de consultas de pré-natal, a criação do ambulatório de pré-natal de risco, o

incentivo ao aleitamento, a criação dos Hospitais Amigos da Criança, os ambulatórios de seguimento, o programa Médico de Família, os protocolos de atendimento à hipertensão e às DST/AIDS, aparelhos tecnológicos ultramodernos, entre outras medidas.

No entanto, a grande questão, aquela que nós, psicanalistas, escutamos das mulheres que conseguem chegar até nós neste período de pré-natal, parto e puerpério é outra e tem a ver com o desejo, com a constituição psíquica e com seu atravessamento pelos tempos do Édipo. Contudo como transmitir este saber aos profissionais que destas mulheres se ocupam? É tarefa difícil, mas necessária, perfurar o discurso médico instituído por um saber referido ao campo de pesquisa no qual o foco é o fisiológico, principalmente, quando se trata do feminino.

É com Freud que se pode entender um pouco dessa construção psíquica e é com Lacan que avançamos na discussão sobre os destinos do feminino. Ter um filho é uma das respostas do sujeito feminino ao enigma do desejo da mãe. Na adolescência, períodos da resolução edipiana e de escolha sexual, encontram-se não raramente gravidezes precoces como resposta do sujeito ao enigma do feminino. Neste momento, nem sempre se trata de desejo de filho, mas de uma inscrição sexual, de uma passagem de filha à condição de mulher. Como consequência, surgem bebês precisando ser adotados, por exemplo, pelo outro avó, mãe da jovem que pariu. Não é sem razão que o Estatuto da Criança e do Adolescente garantia o acompanhamento durante o parto e puerpério para essas jovens, muito antes de ser promulgada a lei que garante tal acompanhamento para todas as mulheres.

Todo o período de zero a três anos da criança, incluindo neste zero o pré-natal, deve receber grande foco do nosso olhar/escuta. O acompanhamento da gestação psíquica assim como os tempos de instalação das funções materna e paterna a partir dos processos de amamentação e de desmame merecem cada vez mais uma especial atenção, pois, como vimos neste trabalho, o sujeito não se

engendra por si só. Em consonância com a preocupação dos programas de saúde que demonstram a necessidade de favorecer um melhor acolhimento à mãe e ao bebê, pensamos que a psicanálise precisa se incluir como parceira a fim de que, cada vez mais, o sujeito do inconsciente se faça respeitar.

Achamos que a psicanálise pode contribuir para que não mais se afirme com tanta convicção que o bebê só precisa do leite materno para crescer forte e feliz. No ato de mamar, o bebê não está só recebendo leite materno, o que, sem dúvida, é muito importante. Ele está introjetando, incorporando o alimento básico para a sua condição de advir enquanto sujeito da linguagem: os significantes para a constituição psíquica — a voz e o olhar, além do toque, do cheiro, com as variações e intensidade singulares de cada encontro mãe-bebê. A amamentação é, sem dúvida alguma, um dos mais importantes facilitadores psíquicos para o estabelecimento do circuito da pulsão. Graças a isto, é possível considerar a constituição psíquica daqueles bebês que não podem ser amamentados ao peito por diversos motivos, tais como a intolerância a alguma substância do leite, por se encontrarem temporariamente incapacitados para sugar ou mesmo por serem filhos de mães portadoras de doenças como AIDS ou câncer em processo de tratamento quimioterápico.

A gravidez é um estado caracterizado por uma grande permeabilidade às representações inconscientes, por uma certa suspensão do recalçamento, verdadeira transparência psíquica feminina particular a este estado. A maternidade é um espaço e um processo que ativam lembranças. Tem o poder de remexer o inconsciente de todos que ali operam, visto que se trata dos primórdios, da origem, do impossível de se apreender, do mítico. Por sua vez, o bebê pode não só suscitar vínculos em torno dele, como também atacar esses vínculos que ele mesmo cria. O cuidado com a rede que cuida do pré-natal, do parto e puerpério merece relevante consideração, pois esta rede melhor elaborada pode minimizar os efeitos eventualmente devastadores da maternidade. Abrir portas à escuta do sujeito para que ele possa falar de suas fantasias, suas dores e seus

desejos mortíferos é que chamamos de Intervenções Precoces, um ato “o mais a tempo possível”.

Neste trabalho, a questão fundamental a ser elaborada é a interdisciplinaridade entre a psicanálise e a medicina no que diz respeito ao trabalho da analista na saúde pública. Dois campos de pesquisa distintos, mas com um ponto de intersecção significativo: o lugar da mãe. Esperamos que nosso caminhar até aqui possa propiciar uma maior condição de troca, em que a psicanálise possa requerer por autorizar-se enquanto portadora de saber sobre o ser falante, fazer parte das novas diretrizes das políticas públicas e que também possa abrir-se ao campo das grandes descobertas científicas, cada vez mais aprimoradas, para melhor avançar em suas pesquisas. É porque tais aprimoramentos vêm sendo realizados que hoje podemos concluir esta dissertação e abrir caminhos para novas questões.

O trabalho de intervenção fundamental do analista refere-se à decifração das representações inconscientes transmitidas e em vigor no sujeito. Na ocasião do pré-natal, o questionamento parental sobre o lugar do filho esperado na economia psíquica familiar é, sem dúvida, de caráter fundamental. Antes do nascimento real, a existência imaginária e simbólica do bebê, se permitida ser enunciada, falada, pode ter efeito ressignificativo. A criança é produto de sua pré-história como também agenciador do campo de representações significantes inconscientes do Outro e de suas marcas mnêmicas. É no campo da linguagem, sob os desígnios da estruturação lingüística metafórica, pois filho é metáfora de falo, que o ser falante pode surgir como filho de alguém, com nome e sobrenome; único porque filho de uma linhagem específica. Para fins jurídicos, o que diferencia um sujeito de outro que possua o mesmo nome é o nome de sua mãe; para a psicanálise, é o significante, insígnia recebida em Nome-do-Pai como marca singular diferenciadora de qualquer outro filho, mesmo que gêmeos univitelinos.

As doenças auto-imunes, os autismos, as várias síndromes descobertas, os processos de constituição de novos núcleos familiares e de novos processos

gestacionais, o nascimento de bebês de grande prematuridade, o estresse do bebê ao nascer, as revelações da neurociência, etc. vêm exigindo uma pesquisa e uma leitura mais apuradas da psicanálise. Dentre os vários questionamentos que este trabalho possibilita, estão: há uma correlação entre a ínfima diferença cronológica de irmãos e a futura depressão materna no momento de ser mãe? O nascimento de um irmão, quando se está impossibilitado de lidar simbolicamente com a falta real, pode ser a matriz da depressão no pré-natal e no pós-parto? Ou ainda, se pudéssemos escutar as gestantes, desde o primeiro trimestre gestacional, poderíamos estar intervindo para um possível redimensionamento da intensidade de seus diagnósticos? Acaso há alguma correlação entre as crianças tão largamente diagnosticadas hodiernamente com autismos e TDAH, com a depressão materna no primeiro trimestre de gravidez? A ciência hoje nos informa que, durante as depressões, as taxas do neuro-hormônio cortisol — relativo ao estresse — estão elevadas e do neuro-hormônio do prazer — serotonina — estão bem abaixo do esperado. Ela afiança também que, durante os primeiros três meses de gestação, o bebê depende da serotonina do corpo materno para o desenvolvimento dos aparelhos digestivo, cardiológico e neuronal, pois ele ainda não é capaz de produzi-la.

A psicanálise é um campo aberto às pesquisas e o nome deste mestrado bem mostra que ela não mais está restrita ao campo do *setting* privado do consultório. São inúmeros os congressos que abrem espaço ao questionamento da inserção do discurso analítico no campo institucional. Se não há espaço de escuta onde as palavras e os sentimentos possam ser expressos, podemos presenciar psicopatologias que só acarretam grandes medicalizações e sofrimentos ao sujeito. No pré-natal, o acompanhamento da gestação psíquica deve ser o grande foco do nosso olhar/escuta.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, Sonia. **O Adolescente e O Outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

ANDRADE, Maria Auxiliadora. O Casal Grávido e a Formação da Parentalidade. In: **Novos Olhares sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê**. Brasília, DF: L.G.E. Editora Ltda, 2002. p. 167-187.

ANSERMET, François. **Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003. 224 p.

Apostilas: **Curso de Capacitação em Saúde Mental para Intervenções Precoces: A clínica dos primórdios**. Comissão de Saúde Primária da ABENEPI/RJ: 2004, 2005, 2006, 2007, 2008.

ARAGÃO, Regina Orth de (org.). **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

AZEVEDO, Ana. **Mito e psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BERGÈS, Jean; BALBO, Gabriel. **A criança e a psicanálise: novas perspectivas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BERNARDINO, Leda Mariza Fischer (org.). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2006. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Texto do: Centro de Documentação de Ministério da Saúde, 1984. 119 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos. Brasília: 2000. Terceira edição. 56. p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: 2003. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2004. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Portaria n. 569/GM de 1 de junho de 2000. Portaria n. 9 de 5 de julho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 259 de 09/12/97.

BUSNEL, Marie-Claire (org.). **A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?** São Paulo: Editora Escuta, 1997.

CARNEIRO, MARIA ANITA. Aulas do curso de Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro, UVA, 2006.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1982.

CHATEL, Marie-Magdeleine. **O mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução**. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1995. 144 p.

**Classificação Diagnóstica: 0 – 3 (de zero a três anos)**. Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Transtornos do Desenvolvimento do Bebê e da Criança Pequena. Porto Alegre: Artmed, 1997. 124 p.

CORIAT, Elsa. **Psicanálise e clínica de bebês**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997. 310 p.

CORIAY, Haydée; MACIEL, Fernando (transcrição). **Criança – Sujeito na equipe interdisciplinar**: ciclo de conferências. In: Cadernos do NINAR: Núcleo de Estudos Psicanalíticos (NINAR), Recife, 2004. n. 1, p. 13 - 69.

CRUGLAK, Clara. **Clínica da Identificação**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001. 154 p.

**O Corpo do Outro e a Criança**. Escola Letra Freudiana, Editoração eletrônica. Rio de Janeiro, Ano XXIII. n. 33, 2004.

ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito**. Segunda edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

\_\_\_\_\_. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes: 2001.

FREUD, Sigmund. Proyecto de una psicología para neurólogos, 1895 [1950]. In: **Obras Completas**, Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva Cuarta Edición, 1981.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, 1905. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

\_\_\_\_\_. Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso "Juanito"), 1909. In: **Obras Completas**, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. Tótem y Tabú, 1912-3. In: **Obras Completas**, Tomo II Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. Introducción al narcisismo. 1914. In: **Obras Completas**, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. La represión. [1915]. In: **Obras Completas**, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. Lo Inconsciente 1915. In: **Obras Completas**, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. Pegan a un niño. 1919. In: **Obras Completas**, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. Psicología de las masas y análisis del "YO" (1920 [1921]). **Obras Completas**, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva. Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. La cabeza de Medusa, 1922 [1940]. In: **Obras Completas**, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. El "Yo" Y El "ELLO", 1923. In: **Obras Completas**, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. La disolución del complejo de Edipo, [1924]. In: **Obras Completas**, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. Inhibición, síntoma y angustia, 1925[1926]. In: **Obras Completas**, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. **O Mal-estar na civilização**, 1929 [1930]. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 116 p.

\_\_\_\_\_. Sobre la sexualidad femenina, [1930]. In: **Obras Completas**, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. La feminidad. [1932]. In: **Obras Completas**, tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edición, 1981.

\_\_\_\_\_. Por que a guerra? (1933[1932]) (Einstein e Freud). In: **Obras Psicológicas Completas**. vol. XXII. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1974.

GÓMEZ, Gloria (compiladora). **Destinos de la Familia**: Padres, madres e hijos hoy. Bogotá. Edición a cargo de Gloria Gómez, 2006.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

JERUSALINSKY, Julieta. **Enquanto o futuro não vem**: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma, 2002.

JULIEN, Philippe. **Abandonarás teu pai e tua mãe**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000. 96 p.

\_\_\_\_\_. **A feminilidade velada**: aliança conjugal e modernidade. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997. 104 p.

KLAUSS, Marshall H.; KLAUS, Phyllis H. **Seu surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

\_\_\_\_\_. **Os Complexos familiares**. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

\_\_\_\_\_. **Nomes-Do-Pai**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 3**: as psicoses, [1955-56]. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. Nota sobre a criança (1969). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 4**: a relação de objeto, [1956-57]. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 5**: as formações do inconsciente, [1957 – 1958]. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 7**: a ética da psicanálise, [1959 – 1960]. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1995.

\_\_\_\_\_. **A Angústia: Seminário 1962 – 1963.** Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2000. 380 p.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise,** 1964. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise, [1969-1970].** Rio de Janeiro: J. Zahar, 1992.

LAURENT, Paul. **O olhar e a voz: lições psicanalíticas sobre o olhar e a voz: fundamentos da clínica à teoria.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999. 208 p.

LAZNIK, Marie-Christine. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito.** Salvador: Ágalma, 2004.

LEÃO, Estela Maria; MARINHO, Fátima Barbosa. **Saúde das mulheres no Brasil.** In: Revista Promoção da Saúde, Brasília, ano 3, nº 6, p. 31 - 36, 2002.

LEBOVICI, S. Guedeney, A. **Intervenções psicoterápicas pais/bebês.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

LESSANHA, Marie-Magdeleine. **Entre mère et fille: um ravage.** Paris: Ed. Pauvert, 2000.

MARCUSE, Herbert. **Eros e Civilização: Uma Interpretação Filosófica do Pensamento de Freud.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan: 1999.

MARONE, Fulvio. **De mère en père?** Publication de L'École de psychanalyse des forums du champ lacanien. Paris, nov. n. 4, p. 31 - 39, 2006.

MATHELIN, Catherine. **O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999. 160 p.

MOREL, Geneviève. **La loi de la mère: Essai sur le symptôme sexuel.** Paris: Ed. Economica, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI.** Salvador: UDFBA, 2005

\_\_\_\_\_. **Política e Reforma Sanitária.** Salvador: ISC, 2002

PESSANHA, José. Platão: as várias faces do amor. In: CARDOSO, Sérgio *et alii*. **Os sentidos da paixão.** São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

PESSOA, Fernando. **Poemas de amor de Fernando Pessoa.** (org. Alexei Bueno). Rio de Janeiro: Ediouro, 1998.

POLLO, Vera. **Mulheres históricas**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003. 160 p.

\_\_\_\_\_. **O corpo entre a psicanálise e a ciência**. In: Stylus: revista de psicanálise, Associação Fóruns do Campo Lacaniano (AFCL), Rio de Janeiro, n. 8, p. 84 - 96, abr. 2004.

\_\_\_\_\_. **O Édipo freudiano em Lacan: mito e estrutura**. In: Verbo de Minas: revista de cultura/ Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora – Programa de Pós-graduação (CESJF), Juiz de Fora, v.1. n.º.1, (1998), p. 97 - 108, 2001.

PORGE, Erik. **Freud/Fliess: mito e quimera da auto-análise**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

QUINNET, Antonio. **A Descoberta do Inconsciente: Do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003.

SHORE, Rima. **Repensando o cérebro**. Porto Alegre: Ed. Mercado Aberto Ltda., 2000. 160 p.

SÓFOCLES. **Édipo Rei**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

\_\_\_\_\_. **Antígona**. Porto Alegre: L&PM Editores, 1999.

SOLER, Colette. **O que Lacan dizia das mulheres**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

SOULÉ, Michel; CYRULNIK, Boris. **A inteligência anterior à palavra: novos enfoques sobre o bebê**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SPITZ, René. **O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

SZEJER, Myriam; STEWART, Richard. **Nove Meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TONUCCI, Francesco. **Com olhos de criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

VERÍSSIMO, Luiz José. **O Banquete (Platão)**. Estudo do Professor Luiz José Veríssimo. Material didático para os cursos da Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, 2007.

VORCARO, Ângela M. R. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004. 196 p.

WANDERLEY, Daniele de Brito (org.). **Palavras em torno do berço**. Salvador: Ágalma, 1997.

WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: F. Alves, 1993.

WINSLOW, Charles-Edward Amory. **Encyclopedia of Public Health**. New York: Ed. Lester Breslow, Gale Group Inc., 2002.