



Luana Nogueira de Farias Moura

**Os desafios do aleitamento materno nos
primeiros contatos entre a mãe e o bebê**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre pelo Programa
de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia
Clínica) da PUC-Rio.

Orientadora: Prof.^a Silvia Maria Abu-Jamra Zornig

Rio de Janeiro
Junho de 2018



Luana Nogueira de Farias Moura

Os desafios do aleitamento materno nos primeiros contatos entre a mãe e o bebê

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig
Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Rebeca Nonato Machado
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Eliane Caldas do Nascimento Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz / FIOCRUZ/RJ

Profa. Monah Winograd
Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 08 de junho de 2018.

Todos os direitos autorais reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Luana Nogueira de Farias Moura

Graduou-se em Psicologia pela UFPA em 2013, especialista em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Adoecidos pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira IFF/Fiocruz em 2016, cursou mestrado em Psicologia Clínica pela PUC-Rio.

Ficha Catalográfica

Moura, Luana Nogueira de Farias

Os desafios do aleitamento materno nos primeiros contatos entre a mãe e o bebê / Luana Nogueira de Farias Moura; orientadora: Silvia Maria Abu-Jamra Zornig – 2018.

78 f ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2018.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Amamentação. 3. Mãe-bebê. 4. Preocupação materna primária. 5. Psicanálise. 6. Winnicott. I. Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

À minha mãe, Lúcia.

Agradecimentos

Ao CNPq, pelo financiamento desta pesquisa.

À PUC-Rio e, principalmente, à secretária Marcelina, pela disponibilidade em me ajudar sempre que necessário.

À minha orientadora, Silvia Zornig, por me mostrar outra forma de entender a psicanálise e os bebês.

À Eliane, que me apresentou uma linda forma de cuidar das mulheres com dificuldade para amamentar e me ensinou que a poesia e a emoção são essenciais para uma prática de cuidado ao outro – gratidão pela leitura sempre atenta de minhas palavras.

À minha mãe, pelos ensinamentos constantes de vida e de profissão; pelo amor, pela atenção, por refletir a luz que às vezes quer se apagar.

Ao meu pai, pelo abraço amoroso e pela confiança em meu potencial; por me mostrar que é possível transformar a vida em qualquer situação e à qualquer tempo.

À minha irmã, por me apresentar os amores e as dores da maternidade e por sempre estar por perto, mesmo longe.

Ao meu irmão Mateus, pela saudade pulsante e pela presença alegre – minha admiração total.

Ao meu irmão João Pedro, por me ensinar a força da família e a capacidade do renascimento.

Ao Bernardo, pelo cuidado na justa medida, pelas pausas necessárias, pelas músicas, pelas viagens, pelo humor, pela leveza, pela constante busca de crescimento; pela leitura dos meus versos acadêmicos, poéticos e fotográficos.

Aos companheiros de casa, Carol, Diogo e Camila, pelo prazer do compartilhamento, pelos jantares, por tornar mais leve a rotina – que a amizade continue!

Às amigas que a PUC-Rio me trouxe: Natália Cidade, Paula Melgaço, Paula Pegado, Gabriela Maia, Natália de Toni, Ana Carolina Vieira e Livia Schechter – gratidão pelos momentos de alegria, amparo e trocas acadêmicas.

À ONG Casa da Árvore, por me mostrar que ainda é possível criar uma prática em psicanálise com engajamento social. Às queridas amigas Luisa, Ana, Vivian e Moana, por preencher os plantões difíceis e vazios com parceria e pela possibilidade de criar laços além do trabalho. À Clarice, que continua uma amiga querida após ter saído.

À Creuza e Imara, pelo cuidado carinhoso e pelo trabalho vivo – minha admiração e gratidão por poder estar junto fazendo pesquisa e construindo novos rumos profissionais.

Resumo

Nogueira de Farias Moura, Luana; Abu-Jamra Zornig, Silvia (orientadora). **Os desafios do aleitamento materno nos primeiros contatos entre a mãe e o bebê.** Rio de Janeiro, 2018. 78 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O objetivo deste estudo foi realizar uma pesquisa bibliográfica, principalmente na obra de Winnicott, sobre a temática da amamentação, em sua dimensão intersubjetiva. Foram abordadas as implicações psíquicas do ato de mamar tanto para o bebê quanto para a mãe. As relações iniciais entre a mãe e o bebê se dão a partir da mutualidade, da comunicação sensível, da identificação e da dependência. Estes processos suscitam o encontro, para a mulher em estado de “preocupação materna primária”, com seu “eu arcaico”, suas partes “bebê”, enfatizando que o modo como ela foi cuidada, ou não cuidada, quando bebê, interfere na maneira como ela se relaciona com o seu próprio bebê, no momento em que se torna mãe. Mas o “vir a ser mãe” também possui influências culturais, as quais atualmente apontam para uma sobrecarga desta posição, donde a exigência que se faz é que a mulher amamente sua cria naturalmente, à demanda livre, o que, para muitas, é altamente amedrontador. Por isso, faz-se necessário que a mãe seja cuidada, principalmente no início da vida do bebê.

Palavras-chave

Amamentação; Mãe-bebê; Preocupação materna primária; Psicanálise; Winnicott.

Abstract

Nogueira de Farias Moura, Luana; Abu-Jamra Zornig, Silvia (orientadora). **Os desafios do aleitamento materno nos primeiros contatos entre a mãe e o bebê.** Rio de Janeiro, 2018. 78 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The aim of this study was to carry out a survey of the literature, mainly in Winnicott's work, about breastfeeding in its inter-subjective aspect. The psychological implications of the act of breastfeeding were considered, both for the baby and for the mother. Initially, mother-infant relations come about through mutuality, attuned communication, identification and dependence. For the woman in a state of "primary maternal preoccupation", these processes give rise to the meeting with her "archaic self", her infantile parts, emphasizing that how she was cared for, or not cared for as a baby, interferes in the way she relates to her own baby when she becomes a mother. But the "mother-coming-into-being" also has cultural influences, currently pointing to an overwhelming position: the mother is to breastfeed her child naturally, on demand, which, for many, is a daunting task. For this reason, it is necessary that the mother is cared for, especially in the beginning of a baby's life.

Keywords

Breastfeeding; Mother-baby; Primary maternal preoccupation; Psycanalysis; Winnicott.

Sereia

*Linda é a mulher e o seu canto,
ambos guardados no luar.
Seus olhos doces de pranto
– quem os pudera enxugar
devagarinho com a boca,
ai!
com a boca, devagarinho...*

*Na sua voz transparente
giram sonhos de cristal.
Nem ar nem onda corrente
possuem suspiro igual,
nem os búzios nem as violas,
ai!
nem as violas nem os búzios...*

*Tudo pudesse a beleza,
e, de encoberto país,
viria alguém, com certeza,
para fazê-la feliz,
contemplando-lhe alma e corpo,
ai!
alma e corpo contemplando-lhe...*

*Mas o mundo está dormindo
em travesseiros de luar.
A mulher do canto lindo
ajuda o mundo a sonhar,
com o canto que a vai matando,
ai!
E morrerá de cantar.*

Cecília Meireles

Sumário

1. Introdução	11
2. Da gestação à primeira mamada teórica	17
2.1. A gestação	17
2.1.1. As fases da gestação: os três trimestres de espera	18
2.2. O parto: nascimento de um bebê e de uma mãe	25
2.3. A primeira mamada teórica	30
3. O encontro com o bebê e a amamentação	35
3.1. O bebê e seu corpo	36
3.1.1. A “praia do mar”	37
3.2. Amamentação: a boca e o seio	41
3.4. Amamentação: o seio e a mãe	46
3.5. Amamentação e a constelação da maternidade	50
4. Desafios do aleitamento materno na atualidade	55
4.1. Por trás do seio, a cultura	55
4.2. O que o bebê causa na mãe	59
4.3. O encontro com a dependência	63
5. Considerações finais	68
6. Referências bibliográficas	74

1 Introdução

É difícil imaginar que em um Banco de Leite Humano tenha espaço para um profissional de psicologia, pois imediatamente seríamos levados a pensar que um lugar em que se guarda leite humano, como o banco guarda dinheiro, não haveria lugar para uma escuta mais subjetiva. Entretanto, há alguns anos a proposta dos Bancos de Leite Humanos não se volta somente para armazenar, processar e distribuir o leite humano para bebês internados em unidades intensivas de cuidado; também faz parte da proposta do Banco de Leite, o cuidado em relação ao processo de amamentação, voltado para mulheres que querem aleitar seus filhos.

Foi dentro de uma equipe de cuidado interdisciplinar voltado para mulheres com dificuldades em amamentar seus filhos que eu estive no percurso de minha residência multiprofissional, realizada no Fernandes Figueira, instituto materno-infantil da Fiocruz. Minha monografia de conclusão discursou sobre o sentido do cuidado que os profissionais conferiam a essas mulheres, sob o ponto de vista deles próprios. A questão era compreender como eles entendiam a sua prática de cuidado a partir do modo como recebiam e resolviam a demanda de atendimento. Se uma mulher buscava atendimento porque dizia que não sabia *como fazer* para amamentar, por exemplo, os profissionais entendiam que ela precisava ser acolhida, ouvida, ter um espaço para falar sem críticas e chorar sem constrangimento. Assim ela poderia relaxar, trazer suas questões, falar sobre o processo de amamentar e tudo o mais que estava envolvido na sua nova fase da vida: a maternidade em seu princípio era desvelada – as dores e dissabores com a alimentação do bebê apareciam como uma demanda emergente!

De fato, se o bebê não mama bem, não ingere a quantidade de leite suficiente, conseqüentemente não ganha peso, não cresce, e pode ter hipoglicemia, enfim, entrar numa séria cadeia de comprometimentos físicos. E também psíquicos! E isso é o que nos interessa particularmente, as implicações psíquicas envolvidas no processo de amamentação. Entretanto, neste trabalho abordaremos tais implicações não apenas do ponto de vista do bebê, mas também da mãe; mais especificamente, interessa-nos “ver” em primeiro plano os pormenores da fase inicial de relação entre a mãe e o bebê ao viverem juntos o processo da

amamentação. O nosso foco é o que acontece entre eles, no espaço de trocas intersubjetivas em um tempo primitivo de relação, onde a comunicação não se dá através de palavras, mas de sensações.

Segundo Missonnier (2011), a epistemologia psicanalítica em relação à sucção deu origem às teorias do apoio, do autoerotismo, da origem representacional, dos fenômenos transicionais, do apego... em suas palavras, “o tema da sucção é verdadeiro seio nutridor em psicanálise!” (p. 68). O exemplo *mor* da teoria da sexualidade de Freud é justamente o ato de chupar do lactente. É a observação do desenvolvimento da oralidade que embasa as argumentações de Freud sobre a existência da pulsão sexual desde a mais tenra idade.

Freud, em seus “Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade” ([1905]1969), nos apresenta as primeiras experiências de prazer vivenciadas pelo ser humano, que se inicia em sua primeira e mais vital atividade: sugar o seio da mãe ou o substituto dele. Assim se constitui a zona erógena mais primitiva: os lábios do bebê, que se saciam com o morno fluxo de leite que por eles passa. Desta feita, a satisfação da zona erógena se associa à satisfação da necessidade de nutrição. Posteriormente, este prazer será o protótipo dos outros prazeres que se seguirão na vida. Assim, nas palavras de Freud: “Ninguém que já tenha visto um bebê reclinar-se saciado do seio e dormir com as faces coradas e um sorriso feliz pode fugir à reflexão de que este quadro persiste como protótipo da expressão da satisfação sexual na vida ulterior” (p. 186-187).

Esta passagem dos três ensaios inaugura a teoria do apoio, a qual, de acordo com Missonnier (2011), “põe em cena a sucção em seu papel principal: é a joia paradigmática do desenvolvimento das pulsões sexuais” (p. 72). No item sobre o “Encontro do objeto e o complexo de Édipo”, do texto “‘Psicanálise’ e ‘Teoria da Libido’ (Dois verbetes para um dicionário de sexologia)”, Freud ([1923]2011) sintetiza o que seria o *modus operandi* da organização oral primária: no início, o instinto parcial oral encontra satisfação a partir do **apoio** na necessidade de alimentação, cujo objeto principal é o seio materno. Depois esse instinto se desliga do objeto seio e vai para o próprio corpo, tornando-se ao mesmo tempo independente e autoerótico.

Freud ([1905]1969) considera que a pessoa que cuida da criança, a mãe ou seu substituto, olha-a com sentimentos que se originam de sua própria vida sexual: “ela a acaricia, beija-a, embala-a e muito claramente a trata como um

substitutivo de um objeto sexual completo” (p. 229). Para a mãe, o investimento libidinal produzido nos cuidados ao bebê é considerado um amor assexual, “puro”, pois está apenas cumprindo seu dever de ensinar o filho a amar.

Nesse sentido, Freud ([1905]1969) diz que a amamentação é um ato que toca na sexualidade da mulher no exercício da maternagem, porém, este caráter sexual é alvo de repressão feminina. E é “bom” que seja assim, uma vez que o *a mais* de sexualização no corpo do bebê pode desencadear psicopatologias futuras. Mas também é importante que o recalque não seja demasiado a ponto de provocar, por pressões conflitivas, o enrijecimento libidinal no processo de maternagem.

Este processo acontece de forma narcísica. Freud ([1914]2004) supôs a existência do narcisismo primário a partir da observação de como os pais tratavam seus filhos nos primeiros momentos de vida e constatou, com isso, que o investimento libidinal que faziam se ligava com uma revivescência e uma reprodução do próprio narcisismo dos pais, há muito abandonado. “O comovente amor parental, no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo perdido dos pais, que, ao se transformar em amor objetal, acaba por revelar inequivocamente sua antiga natureza” (Freud, [1914] 2004, p. 110).

A constituição da parentalidade se dá através do processo narcísico de investimento libidinal dos pais no bebê, e do bebê nos pais. Na amamentação, a mãe oferece o seio, o qual é sugado pelo bebê, mas o “alimento” afetivo não vai apenas para a criança, mas para a mãe também.

Aliando as considerações formuladas em 1905 e aquelas referentes ao conceito de narcisismo primário, em 1914, observamos o quanto a amamentação pode ser também uma amarração entre a sexualidade enquanto oralidade, apoiando-se no instinto de alimentação, do ponto de vista do bebê e seu mundo interno, e o processo de narcisismo que possibilita que o investimento pulsional da mãe erogenize o corpo do bebê, sua boca, a partir de seu próprio narcisismo revivido.

Freud tece considerações acerca das relações primitivas entre a mãe e o bebê a partir de deduções teóricas embasadas em sua clínica com adultos. Entretanto, ele mesmo afirma sua dificuldade em mostrar o caráter empírico de algumas cenas, dentre elas a da cena primitiva e a da relação originária entre a mãe e sua filha. Freud costumava analisar a relação primária como precursora do complexo edípico – foi esse o ponto de desacordo com Winnicott, que julgava a

relação primordial exclusiva entre a mãe e sua filha, e também seu filho, sem a necessária referência ao Édipo. Apesar de Freud considerar que o tempo pré-édipico tinha sua importância na constituição psíquica, ele não conseguiu aprofundar seus estudos e deixou uma via aberta para explorações nesse campo (Loparic, 1996).

Quem adentrou essa seara foi Winnicott, o qual realizou uma extensa “teoria prática” sobre os cuidados maternos e a importância do ambiente facilitador para o desenvolvimento das capacidades maturacionais do indivíduo. Especificamente em relação à amamentação, Winnicott aponta que a relação do bebê com o seio engloba não só um processo de devoração do objeto, mas faz parte do contato do bebê com a mãe-ambiente suficientemente boa, se a técnica da mãe em termos de cuidado funcionar (Loparic, 1996). Diz-nos o autor:

O seio da mãe de que o bebê winnicottiano depende não é um objeto interno ou externo, bom ou mau. O seio bom é o nome dado a uma "técnica", a técnica que realiza três metas: maternagem suficientemente boa (isto é, o *holding*, o manuseio e introdução do bebê ao mundo), a alimentação satisfatória, e por fim a união das duas primeiras coisas no ambiente, e depois na mente do bebê (Loparic, 1996, p. 20).

Os contatos iniciais entre a mãe e o bebê se dão principalmente através das trocas corporais, as quais se mostram mais evidentes no momento da amamentação. Enquanto o bebê busca alimentar-se, a mãe oferece o leite produzido por seu corpo, específico para seu filho, com todos os nutrientes que ele necessita para crescer. Ao mesmo tempo, a mãe e o bebê começam a construir uma relação, através de um tipo singular de comunicação, a qual se dá pela via do sensível. A amamentação, nas palavras de Winnicott ([1957]2011), “... se desenvolve como se fosse um meio de comunicação entre os dois (mãe e bebê) – uma **canção sem palavras**” (p. 161, grifo nosso).

Winnicott afirma que um ambiente que desqualifica o saber materno interfere negativamente para o bem-estar da mãe e do bebê na amamentação. Por exemplo, enfermeiras e médicos muitas vezes não conseguem esperar o tempo necessário para que haja um encaixe entre a boca do bebê e o mamilo da mãe e acabam interferindo de maneira negativa, enfiando o peito na boca do bebê de forma agressiva, sem considerar o tempo e o movimento de cada um. Há também a influência dos ditames sociais, quase tirânicos atualmente, de que toda mulher

deve realizar o aleitamento materno exclusivo até os 06 meses de vida do bebê e na forma da demanda livre, ou seja, no momento em que ele solicitar.

Estes aspectos apontam a influência do ambiente na regulação da amamentação, entretanto, há aspectos da relação da mãe com seu bebê que também influenciam seus êxitos e suas dificuldades. Tendo em vista a peculiaridade do aleitamento materno, Winnicott ([1968]1988) reconhece a imensa riqueza contida nesta vivência, na qual o bebê está ativo, desperto, já que grande parte da sua vida de vigília está voltada para a nutrição. Quando o recém-nascido está acordado, ele se alimenta, acumulando algo a mais do que reservas nutricionais: material para o sonho, para enriquecer a vida interna. Por isso há um envolvimento total da personalidade na experiência de amamentação. Isso acontece suficientemente bem se a mãe puder lhe oferecer seu olhar, sua sustentação, seu toque, seu embalo, emprestar seu corpo para que o bebê se sinta acolhido, aconchegado, bem recebido no seio da família.

Desde a gestação até o nascimento e os primeiros contatos com o mundo externo, o bebê é envolvido por vários tipos de “colos”, pelo meio dos quais ele se desenvolve – o ventre, os braços de quem o segura, o meio social em que nasce, a cultura que está para além de sua casa, e assim por diante. Além disso, cada mulher vai vivenciar a maternidade de uma forma, de acordo com a sua “constelação da maternidade” (Stern, 1997). A partir de suas memórias infantis, a mulher que se torna mãe conforma o modo como vai se relacionar com sua cria, tanto do ponto de vista fantasmático quanto psicoafetivo.

Para compor esta dissertação, foi preciso passar o fio teórico no tecido fino da clínica com mulheres sofridas com as dificuldades da amamentação, das dores da adaptação inicial, do confronto com a dependência absoluta do início da vida. Para isso, foi necessário alinhar conceitos para conectar fragmentos, criar esse corpo chamado dissertação. Não foi tarefa simples escrever sobre psicanálise, maternidade, aleitamento, desafios de ser mulher, ser mãe, amamentar. A dificuldade em falar sobre o seio, as trocas corporais com o bebê, a constituição da maternidade, a preocupação materna primária, a identificação com o bebê, a regressão ao ser bebê, a adaptação às necessidades do bebê – escrever sobre tudo isso requereu adentrar no centro do início da vida, da dependência da mãe, do ambiente e sua estrutura, da cultura e suas normas.

Outro fator importante foi olhar a mãe como pessoa, não só como possuidora de um seio que é objeto para o bebê, mas o seio como o expoente da ambivalência presente na própria constituição da maternidade – amor e ódio, vínculo e agressividade. Para a mulher, dar o seio significa muitas vezes dar a própria vida, nutrir de amor, mas não aparece em sua ausência, nos momentos importantes de ausência, de pausa, de repouso e solidão essencial.

Tais questões estiveram presentes nos três capítulos, sendo que no primeiro focamos mais a experiência da mulher grávida, apontando que o período gestacional, ao passo que avança, induz um processo de encontro da mulher consigo mesma, o qual favorecerá a identificação da mãe com o bebê no momento do nascimento, permeado por processos psíquicos arcaicos e potencialmente criativos.

No segundo capítulo, realizamos um estudo acerca da amamentação, trazendo as observações de Winnicott quanto às diferenças entre o aleitamento materno e o artificial, além de discutirmos sobre algumas dificuldades presentes na amamentação ao seio, apontando que a forma como a mulher amamenta se enraíza em um “esquema” arcaico de funcionamento psíquico.

No último capítulo desta dissertação, entrelaçamos alguns aspectos da mulher “por trás do seio” e “do seio por trás da cultura”, mas não somente a partir da mulher como mãe, mas da sua posição de sujeito, que tem escolhas e questões pessoais que às vezes atrapalham no desejo de amamentar naturalmente.

Por fim, concluímos que é necessário olhar para as dificuldades presentes no aleitamento materno em toda a sua complexidade, tanto em relação às questões arcaicas da mulher, quanto ao encontro específico de determinada mãe com determinado bebê – e o que ele traz como parceiro ativo –, bem como em relação à cultura atual que suscita nas mulheres e nos profissionais que cuidam delas uma exigência de perfeição e devotamento exclusivo ao bebê.

2

Da gestação à primeira mamada teórica

Neste capítulo abordaremos aspectos emocionais da mulher que experiencia o processo de gravidez, o parto e o nascimento do bebê, até a primeira mamada teórica. No estágio inicial da vida, o bebê passa pelas experiências mais primitivas, em que vive uma situação de dependência absoluta da mãe. Por sua vez, a mulher também vivencia um período único, o qual configura outra organização psíquica, a constelação da maternidade (Stern, 1997), que traz consigo uma nova série de estados, como a transparência psíquica (Bydlowski, 2002) e a preocupação materna primária (Winnicott, [1956]1978). Toda essa dinâmica também estará presente no processo da amamentação, e é a partir deles que poderemos discutir as dificuldades que se apresentam para algumas mulheres nesse período inicial da vida do bebê, no qual a mãe também vivencia um estado de dependência.

2.1

A gestação

Ao longo da gravidez, a mulher transfere seu interesse do mundo externo para o mundo interno. “Lenta, mas seguramente, acaba por acreditar que o centro do mundo está situado no seu próprio corpo” (Winnicott, 1985, p. 20). Podemos visualizar esse excerto de Winnicott a partir da imagem que inaugura essa seção. A mulher grávida possui em seu corpo o núcleo da criação, mas ela não está sozinha em seu estado criador, apesar de um pouco isolada do mundo pela luz que a destaca e protege. O bebê que vai nascer encontrará um outro bebê, que é a sua mãe, em estado de preocupação materna primária (Winnicott, [1956]1978). Não é um processo fácil e veremos por que.

As mudanças provocadas pelo anúncio da chegada de um novo ser são inúmeras, tanto para a mulher quanto para o entorno familiar. Há uma mudança de geração que será operada nesse momento, no qual a mulher também será mãe, além de filha – eis a formação de uma nova identidade (Bydlowski, 2002). Na sua família nuclear, há uma redistribuição de papéis – “pais se tornam avós, e os irmãos e irmãs do homem e da mulher se tornam tios e tias em potencial” (Szejer & Stewart, 1997).

Durante a gestação, há no psiquismo materno uma revivescência de emoções passadas, ligadas a lembranças alocadas no seu inconsciente, protegidas pela barreira do recalque. Isso acontece por causa da “dupla existência” do bebê: no interior do corpo e no psiquismo materno – ele é real, mas invisível, atual, mas representado pelo passado. Este tempo arcaico é reativado pelo momento único de gerir outro ser, o qual se compõe tanto de algo que se contorna na imagem de “fantasmas” antigos, como de *entonações* emocionais sob uma forma “pura”, como afetos dolorosos ou de tristeza, a depender do momento da infância e de qual emoção foi tocada na história singular de cada mulher. A força psíquica que antes mantinha os fantasmas e afetos longe da superfície deixa de assegurar sua ação protetora e eles *fluem* no psiquismo materno (Bydlowski, 2002).

Algumas lembranças perturbadoras podem vir à tona no momento da gestação de um filho, às quais remetem aos segredos da sexualidade infantil, à criança interior, narcisicamente investida um dia: “tais questões, que antes da gestação eram investidas secretamente, são agora desvalorizadas. Elas perderam sua carga libidinal que lhes submetia ao silêncio e podem então ser comunicadas sem obstáculo” (Bydlowski, 2002, p. 209).

É a isso que Bydlowski (2002) chama de “transparência psíquica”, processo suscitado pela gravidez, que induz a mulher a viver uma experiência de encontro íntimo dela com ela mesma. Os nove meses de gestação permitem à mulher entrar gradativamente também em um processo de identificação com o bebê (Winnicott, 1990). Isso só é possível porque a mulher, ao engravidar, passa a funcionar psiquicamente com outra organização, chamada por Stern (1997) de “constelação da maternidade”, a qual determina uma nova série de ideias, interesses, sentimentos, tendências de ação, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. Essa organização se torna um eixo a partir do qual o psiquismo passa a tomar um novo rumo, deixando de lado as organizações anteriores, como a do complexo de Édipo. A constelação da maternidade é um “construto único e independente em si mesmo, de grande magnitude na vida da maioria das mães, e inteiramente normal” (Stern, 1997, p. 161).

2.1.1

As fases da gestação: os três trimestres de espera

No começo da gravidez, a mulher experimenta grandes alterações corporais, provocadas pelas modificações hormonais, as quais podem produzir uma série de mal-estares, que varia de acordo com a singularidade de cada gestante. Szejer e Stewart (1997) nos dizem que os mesmos hormônios atuam de maneiras distintas em cada corpo, e isso indica que algo da ordem do inconsciente está implicado nas manifestações sintomáticas que aparecem ao longo da gestação. Estes autores apontam que “é bastante significativo que esses mal-estares – náuseas, desejos, hipersônia durante o dia e, eventualmente, insônia à noite – tenham **semelhanças com as primeiras funções do recém-nascido**” (p. 125, grifo nosso).

A gravidez remete a mulher ao seu próprio nascimento, evocando um saber inconsciente sobre os primeiros dias de sua vida. “É como um fio que se puxa e que corre numa determinada direção” (Szejer & Stewart, 1997, p. 126). Se a mulher segue esse fio, ela encontra a sua própria origem e se vê repetindo a sua própria história, como uma forma de antecipar a chegada da criança que virá. Ela vivencia o tempo presente a partir de um passado latente e de um futuro desejado. Assim, há uma espécie de descentramento temporal, espacial e de investimento psíquico, pois:

Todo o seu corpo se ocupa não só de viver por si mesmo... Tudo se passa como se sua energia vital se deslocasse, se descentralizasse. Logo **a mulher não vive mais somente para si mesma**, ela vive para essa possível vida que ela vai viabilizar. E todas as suas referências habituais se encontram alteradas (Szejer & Stewart, 1997, p. 133, grifo nosso).

Segundo Szejer e Stewart (1997), o primeiro trimestre da gestação é vivenciado pela mulher como simbiótico, pois ela ainda não sente que o bebê habita seu ventre, a não ser pelas consequências hormonais, como já mencionado. É no segundo trimestre que a experiência de uma espécie ainda muito arcaica de troca entre a mulher e o bebê começa a surgir.

Nessa nova fase, o bebê passa de “embrião” a “feto”, constituindo para si uma placenta, que será o lugar das trocas com sua mãe. É o esboço de uma primeira autonomia do bebê, pois a placenta toma o lugar do ovário da mãe, secretando os hormônios responsáveis pelo desenvolvimento fetal até o fim da gestação. Essa mudança implica na redução dos mal-estares físicos sentidos pela mulher, entretanto aparecem outros sintomas, geralmente psíquicos. “**Crisis de ansiedade e pesadelos** tomam o lugar das náuseas e de outros sintomas, como se

o mal-estar, que inicialmente era expresso no corpo, passasse, agora, para a cabeça” (Szejer & Stewart, 1997, p. 149, grifo dos autores).

É no segundo trimestre de gestação que o bebê começa a se movimentar, e isso significa para a mulher que eles são dois, por mais que habitem o mesmo corpo, o que indica para ela que essa coabitação terá um fim, por mais que ainda esteja um pouco longe e não seja tão desejado; é um momento prazeroso esse, pois ela ainda não sente todo o peso do terceiro trimestre e já passou pela “masesia” inicial. Mas, com a chegada do segundo trimestre, ela sabe que o dia da separação vai chegar, e isso pode provocar angústia, “que pode ser entendida como a expressão desse saber, dessa antecipação, e que entra em conflito com o prazer atual, intenso, mas efêmero” (Szejer & Stewart, 1997, p. 153).

A placenta representa psiquicamente a “base do ninho narcísico parental” (Missonnier, 2009, p. 116). A partir dessa ideia, retornamos à Freud ([1914] 2004), que supôs a existência do narcisismo primário a partir da observação de como os pais tratavam seus filhos nos primeiros momentos de vida e constatou, com isso, que o investimento libidinal que faziam se ligava com uma revivescência e uma reprodução do próprio narcisismo dos pais, há muito abandonado. Há uma supervalorização nessa relação afetiva, na qual os pais atribuem todas as perfeições à criança e tendem a encobrir qualquer defeito. Além disso, são incitados a dispensar a criança das obrigações e normas sociais, às quais tiveram de se submeter para fazer parte da cultura, em detrimento de seu próprio narcisismo. Desejam que o filho usufrua de todos os privilégios que eles mesmos tiveram que renunciar.

O investimento narcísico embasa o investimento objetal, o qual se inicia através de uma antecipação das características do bebê pelos pais, principalmente a partir do momento em que começam a sentir o bebê se mexer na barriga. Missonnier (2004), partindo de uma analogia ao funcionamento placentário, propõe a concepção de “funcionamento psíquico placentário”. Se no nível biológico a placenta é constituída por células maternas e paternas, representando um envelope primitivo com a presença das linhagens parentais, é possível também dizer que ela representa o “ninho narcísico parental”. Seria o ponto de partida, a matriz do investimento narcísico e do futuro investimento objetal. Assim, diz o autor “penso nesse narcisismo primário transmitido pelo olhar amoroso que a mãe

dirige ao corpo de sua criança. Ela lhe transmite o próprio narcisismo e o do pai” (Missonnier, 2004, p. 116).

Para Missonnier (2004), essa “dinâmica placentária” envolve a “promessa objetual” da “matriz narcísica” (p. 116). A placenta representa ao mesmo tempo os dois tipos de investimento, narcísico e objetual, além de, metaforicamente, representar um “terceiro”, tanto do ponto de vista biológico quanto do psicológico. Essa metáfora do terceiro placentário indica que essa membrana que separa a mãe e o bebê tem a função de proteger a ambos – a mãe, da movimentação intensa e das alterações hormonais, e o bebê, das fortes emoções pelas quais a mulher passa. Esse é o princípio da “diferenciação” entre a mãe e o bebê, que já está em ação na fase pré-natal. “A biologia não sustenta a ideia de uma fusão total mãe/feto” (Missonnier, 2004, p. 117).

De acordo com Aragão (2007), o feto, ao representar a metáfora do objeto interno, com sua dupla valência, narcísico e objetual, suscita angústias relativas ao estranho familiar. Retornamos novamente à Freud, quando em 1919 escreveu “O estranho” e apresentou a ideia de que os sentimentos suscitados pelo contato com o recalcado é da ordem de uma inquietante estranheza, como se fosse causada por um *outro*, mas é um outro de si mesmo, familiar. A dialética entre o interno e o externo, o de dentro e o de fora, é essa a dialética que o bebê representa para a mulher – “da objetivação da interioridade e da subjetivação da exterioridade” (Aragão, 2007, p. 94). A sensação de que há uma fusão entre o bebê e a mãe é suscitada pelo caráter *virtual* do feto, que existe sem existir ainda – essa indiferenciação ilusória pode provocar sensações desagradáveis para a mulher, engendrando o ressurgimento do sentimento de inquietante estranheza. Este, por sua vez, toca em angústias mais primitivas, relativas à oralidade, cuja fantasia se configura na imagem de “um engolindo o outro”, tanto a mãe que está engolindo seu bebê na barriga quanto ele a engole, tomando espaço em seu psiquismo.

A história pessoal de cada mulher vai colorir o “desenho” que se forma nessa fase, em que o ventre se alarga e os seios se evidenciam. Muitas pessoas ao redor dessa mulher, que no início da gravidez acolhiam suas queixas, agora “se recusam a permitir que a bela ideia que elas têm da felicidade da gestante seja estragada” (Szejer & Stewart, 1997, p. 154). Por esse motivo muitas mulheres acabam vivenciando sozinhas suas angústias, principalmente aquelas suscitadas pela antecipação da separação, pelo nascimento, que não trará apenas um bebê,

mas uma mãe. “Ela sabe que essa aventura vai desembocar num outro nascimento – o seu, como mãe” (Szejer & Stewart, 1997, p. 154).

Passada a fase de ultrassonografias, que envolve preocupações com possíveis doenças e ansiedades relativas ao sexo do bebê, chega a terceira e última etapa da gravidez. Se o bebê se desenvolveu saudavelmente, a mulher vai passar a se preocupar mais com o parto e o nascimento. Nas palavras de Szejer e Stewart (1997, p. 183):

A partir do terceiro trimestre, a viabilidade da criança determina uma evolução psicológica na mulher grávida. Enquanto no segundo trimestre a ideia de separação era fonte de angústia (especialmente porque essa separação, naquele momento, implicava a morte do filho), ela pode agora pensar nisso de modo mais sereno e, até, começar a desejar que isso aconteça. Ela pode também começar a considerar o parto – o que algumas fazem com tanta vontade que começam a sofrer de um penoso desconforto.

O terceiro trimestre congrega mal-estar físico e descompensações somáticas e psíquicas. O bebê já não se sente tão confortável, pois ele já não cabe muito no ventre, o que aponta para um limite físico, tanto para ele quanto para sua mãe, que também se sente cansada em levar o barrigão por aí. As reações de cada mulher nessa etapa variam, pois dependem da relação que estabeleceram com a gravidez (desejada ou não) e com o próprio corpo, que se encontra ainda mais “deformado” do que no início – “algumas sofrem, vendo-se enormes, sentem-se mal na própria pele, em suas roupas, ficam sonhando com seus vestidos curtos” (Szejer & Stewart, 1997, p. 186).

As descompensações somáticas do último trimestre existem tanto para o bebê quanto para a mulher. Algumas mulheres sofrem com ameaça de parto prematuro, hipertensão arterial, toxemias e diabetes gestacional. Essas alterações são provocadas pelas variações hormonais e biológicas da gestação, entretanto, a forma como essas doenças orgânicas podem se apresentar terá relação com aspectos pessoais envolvidos nessa gestação. “Cada um desses casos deverá ser entendido e recolocado na história particular de cada mulher, de cada casal, de cada gravidez” (Szejer & Stewart, 1997, p. 193).

Já as descompensações psíquicas tomam formas mais específicas em algumas mulheres no terceiro trimestre, as quais podem atravessar estados de ansiedade e depressão, com alterações do sono ou não. Também podem aparecer fobias e medos, ligados a preocupações com o bebê e com o parto – por vezes se

tornam preocupações exageradas, que passam do limite esperado. Essas descompensações aparecem sob um fundo de história antiga, latente no inconsciente, a qual é reatualizada e reexperimentada, de outra forma, no presente (Szejer & Stewart, 1997).

Winnicott ([1957]2011) discorre sobre a ideia dessa história possuir uma trajetória singular de acordo com a forma como essa mulher nasceu, foi bebê, brincou de ser mãe, vivenciou as mudanças da puberdade, experimentou os impulsos da adolescência, buscou ou não um parceiro e, planejadamente ou acidentalmente, está esperando um bebê.

Se isso tudo vem à tona quando uma mulher engravida, imagina-se o quanto isso pode não caber na sua “pele”, no seu “ventre”, na sua “cabeça”. De acordo com Winnicott ([1964]2005), a mulher nesse momento não é apenas uma pessoa, ou duas (com o bebê), mas três: “para toda mulher, há sempre três mulheres: 1) o bebê menina, 2) a mãe, 3) a mãe da mãe (...) ela é mãe, bebê menina e bebê do bebê... ela já começa sendo três” (p. 193). Essas três mulheres reunidas constituem a “mulher arcaica”, composta pela futura mãe e por todas as filhas e todas as mães que ela já foi, ao longo de sua vida, desde a “menininha identificada com sua mãe, que sonhava em oferecer um filho ao seu próprio pai”, a “adolescente arrebatada pela força de suas primeiras experiências sexuais” até a mulher atual, que está gerando um filho seu e de outro homem (Szejer & Stewart, 1997, p. 244).

Para ficar mais clara essa trilogia, Stern (1997) explica que a constelação da maternidade implica em que a mulher tenha que lidar com três discursos: “o discurso da mãe com sua própria mãe, especialmente com sua mãe-como-mãe-para-ela-quando-criança; seu discurso consigo mesma, especialmente com ela-mesma-como-mãe; e seu discurso com o bebê” (Stern, 1997, p. 161). Esses três discursos formam a trilogia da maternidade e exigem um trabalho psíquico intenso de reelaboração mental.

Nas vésperas do parto, a “mãe da mãe”, a avó, costuma comparecer com grande intensidade, tanto no plano real quanto no imaginário. Algumas avós se sentem como se elas mesmas fossem dar à luz, no lugar de suas filhas. Por isso é que, segundo Szejer e Stewart (1997), “muitas mulheres ficam espantadas de serem, nesse momento, o alvo de seu ambiente e não acreditam que o seu ventre

tenha o dom de fazer muita gente se lembrar os fatos mais atrozes e mais tocantes” (p. 203).

Neste momento, a mulher costuma sentir muito desejo de que a coabitação entre ela e o bebê possa enfim acabar. Apesar disso, os medos se acirram ainda mais, pois a concretude do parto se mostra cada vez mais próxima. Daí,

(...) o medo da dor, medo da peridural, medo de que o bebê não esteja bem, medo de que o médico não seja encontrado na hora do parto, mas, também, medo da separação, medo da data prevista para o parto, medo de não saber, de não poder dar à luz, enfim, de não ser capaz de defrontar-se com esse obstáculo e de superá-lo (Szejer & Stewart, 1997, p. 204).

Os medos presentes nessa fase estão profundamente enraizados na história de cada mulher, na forma como sua mãe lhe narrou como foi o seu próprio nascimento, o que provoca um enorme receio de não viver o seu parto do seu jeito, de ter um pouco “roubada essa experiência vivida por suas mães e por suas avós” (Szejer & Stewart, 1997, p. 205).

Outro medo que a mulher costuma sentir quando o nascimento do bebê se aproxima tem a ver com a imagem de como ele será – “será defeituoso?” é o que ela se pergunta em seu íntimo. Ela passa a imaginar mais detidamente sobre os detalhes físicos de seu futuro bebê, visíveis – “o que ela vai ver e o que os outros vão ver” (Szejer & Stewart, 1997, p. 204). Isso aponta para uma angústia narcísica, para um medo de não ser capaz de fazer um filho tão bonito como os outros.

A antecipação imaginária do bebê faz parte do processo gravídico e ganha contornos mais fortes justamente ao final da gestação. Esse processo constitui o que Lebovici (2004) chama de “criança imaginária”, a qual é portadora de toda a história transgeracional de sua família. Entretanto, não é esse exatamente o bebê que nasce, posto que ele será um outro ser, e não apenas uma continuidade dos pais e de seus antecedentes. Falaremos dessa “decepção” causada pelo bebê “real”, o qual porta uma estranheza, apesar de ser familiar. Mas ainda não é o momento.

Finalmente, podemos concluir que a experiência da gestação é de uma “metamorfose íntima”, uma vez que ela pode suscitar o ressurgimento de antigos fantasmas e angústias, provocando uma possível “renegociação” com a sua história familiar (Szejer & Stewart, 1997, p. 207). A “crise maturativa” vivenciada

nessa fase da vida de uma mulher mobiliza uma grande quantidade de energia psíquica, despertando ansiedades e conflitos latentes, porém, ela também incita uma busca de novas potencialidades (Bydlowski, 2002, p. 205).

São essas mobilizações psíquicas que estruturarão as bases do campo intersubjetivo de relações entre a mãe e o bebê, composto de interações fantasmáticas e comportamentais entre ambos – por isso as alterações intensas no psiquismo da mulher durante a gestação “preparam” o processo de subjetivação da futura criança (Aragão, 2016).

2.2

O parto: nascimento de um bebê e de uma mãe

Parir um bebê, do ponto de vista físico, requer um trabalho intenso, e do ponto de vista psíquico também. Lidar com as dores do parto é hoje em dia uma escolha, que envolve o tipo de nascimento que a mulher deseja para seu filho – parto cesárea ou normal. Se a mulher opta pelo parto natural, ela vai passar por um processo intenso de encontro com a dor, uma dor desconhecida até então, no caso do primeiro filho, a qual pode lhe causar maior ou menor dificuldade de enfrentamento, a depender de sua história de vida e de seus recursos internos (Szejer & Stewart, 1997).

Atualmente, a possibilidade da anestesia peridural em partos naturais também é uma alternativa à dor – atenuam consideravelmente processos dolorosos para algumas mulheres. Szejer e Stewart (1997) contam que talvez a invenção dessa anestesia, feita por um homem, tenha sido em parte porque as equipes médicas não suportavam muito os gritos das mulheres em trabalho de parto. Na percepção desses autores, isso pode indicar que a mulher contemporânea precisa dominar a sua dor ou aceitar que a medicina se livre dela, pois “vivê-la e expressá-la pode ser mal tolerado e sentido, pelas pessoas que assistem ao parto, como uma forma de exibição” (p. 241).

A tolerância ou não da dor e a escolha do parto pela mulher carregam um sentido – “podem ser razões culturais, ou questões relacionadas ao que se passa entre ela e sua mãe – identificação ou oposição –, mas nunca é desprovido de significado” (Szejer & Stewart, 1997, p. 242). A mulher pode escolher sentir dor, igual a sua mãe, ou fazer diferente, não querer sentir dor alguma.

O momento do parto propriamente dito, de dar à luz ao seu bebê, é particular a cada mulher e a cada bebê – pode ser que a mulher, já em seu segundo filho, ache que será igual ao primeiro, mas na hora tudo se altera, pois ela já não é mais a mesma e aquele filho será outro (Szejer & Stewart, 1997).

O parto configura grandes intensidades, no qual se podem observar inúmeras configurações possíveis. Algo das profundezas da história da mulher surge e é como se um “outro eu arcaico, surgido do fundo dos tempos (esse fundo dos tempos que habita no inconsciente)” tomasse as rédeas (Szejer & Stewart, 1997, p. 243).

Confrontada com essa experiência arcaica, que consiste em dar a vida e que, a despeito das estratégias utilizadas para mantê-la sob controle, vai sempre além da imaginação, a mulher social (que o médico conhece até então) desaparece e, em seu lugar, surge a **mulher arcaica** que ela mesma desconhece e que a transcende (Szejer & Stewart, 1997, p. 244).

A mulher que está em trabalho de parto não está só dando à luz ao bebê, mas a si mesma. Há uma mistura de dor e prazer nesse processo, que por ser tão revolucionário, pode realmente trazer à tona uma *outra* mulher a si mesma, que nasce junto ao bebê e pode representar um outro reinício (Szejer & Stewart, 1997).

Quando o bebê chega ao mundo, ele faz a passagem fisiológica do interno ao externo, do objeto interno metafórico (imaginário) ao objeto real, tanto do ponto de vista da mãe quanto do bebê – “o nascimento é uma passagem marcante de um estado a outro, uma modificação radical, ela o é em relação à existência que já está ali, elaborada ao longo dos meses de gestação, tanto para a mãe, como para a criança” (Aragão, 2016, p. 52). Há um processo de separação mais radical nesse momento, conforme Winnicott (1990, p. 178) nos mostra:

A mãe tem um bebê dentro dela; o útero tem em seu interior toda uma organização desenvolvida a partir do ovo individual que havia sido fertilizado; o endométrio especializou-se, para se entremesclar à placenta; entre a mãe e o bebê há o saco amniótico, a placenta e o endométrio... entre a mãe e o bebê há um conjunto de substâncias, que são absolutamente essenciais até o momento da separação. Esse conjunto de substâncias será perdido tanto pela mãe quanto pelo bebê.

O sentimento de perda é experimentado pela mulher de modo ambivalente, pois ao mesmo tempo em que ela deseja manter o bebê dentro de si, ela quer que ele nasça. “A única forma de guardá-lo vivo é aceitando perdê-lo, e abrindo mão

da exclusividade” (Szejer & Stewart, 1997, p. 249). De modo diferente, o bebê pode sentir o mesmo, pois da mesma forma que é agradável permanecer dentro, deve haver para ele um lugar que o comporte melhor. Por isso é ele quem desencadeia o trabalho de parto, no momento em que seu corpo emite um sinal químico ao cérebro da mãe avisando que está na hora de ajudá-lo a sair.

Assim, “cessando de ser pura metáfora, o **objeto interno vem habitar uma realidade tangível**” (Bydlowski, 2002, p. 210, grifo nosso). Esse novo *habitat* criado pela passagem ao mundo real engendra, para cada mulher, “um ponto de equilíbrio que se situa entre a fantasia materna antecipatória e estruturante e esse momento de risco do primeiro encontro com o desconhecido” (Aragão, 2016, p. 52).

Lebovici (2004) propõe tipos de representação que a mãe tem de seu bebê antes e depois do nascimento, apontando três registros: (i) o bebê imaginário, que é o bebê das fantasias pré-conscientes da mãe e produto do seu desejo de ter filhos; (ii) o bebê fantasmático, que é o bebê fruto dos conflitos inconscientes da mãe, herdeiro dos processos inconscientes de seus pais; (iii) o bebê cultural ou mítico que advém das representações coletivas de uma determinada sociedade. O bebê que nasce é, em parte, fruto dessas representações, mas também é o bebê real, em sua corporalidade única, a qual comporta a marca da alteridade (Solis-Ponton, 2004).

Entre a idealização narcísica materna e o bebê real há a necessidade de um processo de luto no psiquismo materno para que esse bebê seja acolhido em sua diferença. O “bebê de fora” não é o mesmo que o “bebê de dentro”, há entre eles a diferença radical da alteridade, que em seu estatuto de ser “outro”, marca a sua singularidade nesse mundo. Mas não é sem causar uma dose de angústia na mãe que esse bebê marcará sua presença. Principalmente porque “mesmo no contato mais íntimo possível haverá uma ausência de contato, de modo que cada indivíduo manterá, essencialmente, um isolamento absoluto, permanentemente e para sempre” (Winnicott, 1990, p. 178).

Entretanto, ainda que haja uma impossibilidade de contato total entre a mãe e o bebê, e inclusive por causa disso, é que o espaço de troca e comunicação se torna tão importante, principalmente após o nascimento (Szejer & Stewart, 1997). Esse espaço se constrói a partir de um estado especial em que a mãe costuma se encontrar, a “preocupação materna primária”, um dos conceitos mais

importantes do psicanalista inglês Donald Winnicott. Tal estado torna a mãe capaz de interpretar as demandas do seu bebê, ainda um *infans* (sem fala). É sobre esse estado que nos deteremos agora.

A preocupação materna primária trata do laço amoroso que se desenrola na relação primitiva mãe-bebê. É um estado especial que se desenvolve ao final da gestação e nas primeiras semanas após o parto, no qual a sensibilidade aumentada da mãe a ajuda a identificar-se com o bebê. A partir dessa identificação, a mãe saberá do que seu filho necessita, em termos de cuidado. Assim, ela constitui um meio ambiente suficientemente bom, capaz de permitir ao bebê desenvolver-se emocionalmente, de acordo com as suas potencialidades. O fato de a mãe imaginar o que o bebê sente, por exemplo, só é possível porque ela se encontra preocupada com ele, não apenas de modo consciente, mas inconsciente, a partir de suas próprias “memórias” de quando foi bebê – é quase um estado de loucura, só não é porque há um bebê que necessita de alguém nesse estado, para lhe garantir coisas que ele não sabe que precisa para continuar existindo (Winnicott, [1956]1978).

Percebemos, então, que amor e loucura estão na base desse estado. Para Winnicott (1985), o significado do amor materno se distancia do senso comum – em suas palavras: “o amor de mãe é algo semelhante a uma **força primitiva**. Nele se conjugam o instinto de posse, o apetite e até certo elemento de contrariedade, em momentos de exasperado humor; e há nele generosidade, energia e humildade, também” (p. 17, grifo nosso). Já a face da loucura materna está relacionada com estados de retraimento, dissociação, fuga e esquizoidia, os quais permitem à mulher redirecionar os seus investimentos para dentro e para o bebê, como uma extensão de si mesma.

Há dois processos de identificação em curso no estado de preocupação materna primária: “a identificação da mãe com seu filho e o estado de identificação do filho com a mãe” (Winnicott, [1960]2011, p. 21). A gravidez permite que a mulher vá se identificando cada vez mais com seu bebê, e é essa identificação que permite uma reorganização interna de seus interesses e vontades, tornando-a capaz de “**desviar** o interesse do seu próprio *self* para o bebê” (Winnicott, [1960]2011, p. 21, grifo nosso).

¹ *Self*: “conceito psicanalítico que inclui o eu (ego) e o não-eu. É a totalidade da própria pessoa. Inclui também o corpo com todas as suas partes, a estrutura psíquica com todas as suas partes, o

De acordo com Winnicott ([1960]2011), na identificação que ocorre no estado de preocupação materna primária, o bebê é associado à ideia de um objeto interno, objeto imaginado, a ser instalado e mantido dentro da mãe. É este objeto que será investido, mas não em detrimento total do *self* da mãe. O que isso quer dizer? Que há um *desvio* do *self* da mãe, mas ele continua sendo investido, a partir desse desvio. A mãe não se apaga por completo, ela só desvia seus investimentos para se dedicar temporariamente aos cuidados de sua cria, que necessita de amparo físico e psíquico para ser.

Winnicott ([1960]2011) diz que o estado de preocupação materna primária também confere à mãe certa vulnerabilidade. Isso acontece justamente pelo fato de ela estar “voltada para dentro” no período de sua preocupação materna (Winnicott, [1960]2011, p. 23). Segundo Ogden (2010), essa configuração em que a mulher se encontra devotada ao bebê é como um “estado sem sujeito” (p. 122), uma vez que a identificação entre a mãe e o bebê implica um silenciamento do “sujeito-mulher”. Com isso, a mãe se “coloca” no lugar do bebê, sentindo com ele as suas experiências, removendo, em certa medida, a “experiência que ela tem de si própria” (p. 122).

Mas nem todas as mulheres conseguem abdicar temporariamente dos interesses próprios e por isso têm dificuldades em entrar no estado de preocupação materna primária. Por outro lado, mulheres que se dedicam totalmente ao filho demonstram dificuldade em sair desse estado. Seguindo as palavras de Winnicott ([1960]2011):

Num extremo, temos a mãe cujos interesses próprios têm caráter tão compulsivo que não podem ser abandonados e ela é **incapaz de mergulhar nessa extraordinária condição** que quase se assemelha a uma doença, embora, na verdade, seja bastante indicativo de boa saúde. No outro extremo temos a mãe que tende a estar **sempre preocupada**, e nesse caso o **bebê torna-se sua preocupação patológica**. Essa mãe pode ter uma capacidade especial de **abdicar do próprio self** em favor da criança, mas qual o resultado final disso? É normal que a mãe vá recuperando seus interesses próprios à medida que a criança lhe permite fazê-lo. A mãe patologicamente preocupada não só permanece identificada a seu bebê por um tempo longo demais, como também abandona de súbito a preocupação com a criança, substituindo-a pela preocupação que tinha antes do nascimento desta (p. 22, grifos nossos).

Winnicott (1985) diz que a mulher, ao ficar grávida, se dá conta da enorme interferência que o bebê causará em sua vida pessoal, pois eles exigem do

vínculo com os objetos internos e externos e o sujeito como oposto ao mundo dos objetos” (nota do tradutor – Winnicott, 2011, p. 7).

cuidador muito trabalho, a despeito de serem desejados ou não. Entretanto, para as mulheres que não desejam um filho é mais difícil, pois podem sentir-se extremamente infelizes com a chegada do bebê.

Trataremos dessas questões no próximo capítulo, quando abordaremos mais detidamente as dinâmicas presentes na constituição da maternidade e suas dificuldades, principalmente em relação à amamentação. Agora vamos discorrer um pouco sobre o conceito winnicottiano da “primeira mamada teórica”, que se dá nos primeiros momentos de encontro corporal entre a mãe e o bebê, a qual favorece a constituição do vínculo entre ambos e o surgimento da criatividade primária do bebê.

2.3

A primeira mamada teórica

A primeira relação entre uma mãe e seu bebê costuma acontecer em meio à situação alimentar, quando ambos encontram-se saudáveis do ponto de vista orgânico para estarem juntos nesse momento. Quando não houve nenhum problema com o bebê, que nasceu bem e logo buscou o seio ao ser colocado em contato pele a pele com a mãe, que está ansiosa para conhecer aquele que passou bastante tempo consigo, dentro de seu ventre e de seus pensamentos, esse processo tende a ocorrer de forma satisfatória (Winnicott, [1957]2011).

Winnicott (1990, p. 120) cunhou o termo “primeira mamada teórica” para se referir a um momento imaginário em que o bebê, em sua expectativa de encontrar algo em algum lugar, mesmo sem o saber, se depara com um seio sendo oferecido por sua mãe. Vejamos como Winnicott desenvolve essa ideia.

A primeira mamada teórica se dá no momento em que o bebê se encontra em um estado de excitação instintiva e sua mãe está preparada para lhe apresentar o seio mais ou menos no momento certo. O termo “teórico” da primeira mamada faz referência ao fato de que esta primeira mamada é uma construção a partir da memória, entretanto, é a partir da primeira experiência de amamentação que se pode construir um padrão das mamadas. De fato, “a primeira mamada teórica é representada na vida real pela soma das experiências iniciais de muitas mamadas” (Winnicott, 1990, p. 126).

No momento da primeira mamada teórica, “o bebê está pronto para criar, e a mãe torna possível para o bebê ter a ilusão de que o seio, e aquilo que o seio

significa, foram criados pelo impulso originado na necessidade” (Winnicott, 1990, p. 121). A mãe só consegue possibilitar essa ilusão ao bebê porque se adapta delicadamente às suas necessidades, tornando imperceptível a diferença entre o que ela ofereceu e o bebê criou. É uma adaptação inicial “quase perfeita” da mãe que engendra a ilusão de criação do mundo por parte do bebê. Ao passo que o tempo decorre, a mãe vai gradualmente diminuindo o grau de adaptação e o bebê vai criando também meios de lidar com as mudanças externas e passa a desejar as coisas, ao invés de apenas ser impulsionado pela necessidade. Nas palavras de Winnicott (1990, p. 122):

[...] em razão de uma vitalidade do bebê e através do desenvolvimento da tensão instintiva o bebê acaba por esperar alguma coisa; e então há um movimento de alcançar algo, que pode rapidamente tomar a forma de um movimento impulsivo da mão ou da boca em direção ao suposto objeto... o bebê está pronto para ser criativo... testemunhamos então a gradual transformação da necessidade em desejo.

Estas experiências criativas do bebê só são possíveis porque a mãe está junto a ele, criando um ambiente suficiente para abarcar a dependência total e absolutamente inconsciente do ser que se inicia. “Sempre que existe a dependência total existe também a adaptação perfeita” (Winnicott, 1990, p. 122). Entretanto, há diversos ensaios e erros de adaptação inicial entre a mãe e o bebê nesse processo de criação conjunta da primeira mamada teórica. Não é fácil adequar as expectativas e experiências da mãe com aquelas que o bebê já tem, por mais arcaicas que sejam.

De acordo com Winnicott (1990), a mãe que foi capaz de garantir o cuidado físico necessário no momento inicial de vida do bebê, satisfazendo suas necessidades mais primitivas, vai ao encontro do momento criativo específico no qual espera ser descoberta por ele. Mas essa é uma tarefa bastante difícil para a mãe, pois “ela própria precisa estar dotada de um tipo de **potência especial**, pois nem um seio cheio demais nem um seio inteiramente inerte serão perfeitamente apropriados” (p. 123, grifo nosso).

Winnicott (1990) enfatiza que a adaptação materna não precisa ser perfeitamente pontual, pois o bebê não necessita de um padrão rígido – “se tudo vai bem, o bebê estará pronto para descobrir o mamilo, e isso em si mesmo é um tremendo acontecimento, **independente do ato de mamar**” (p. 123, grifo nosso). É muito importante para a mãe que seu bebê possa criar justamente o seu mamilo,

e para que isso aconteça ela precisa de condições apropriadas nos primeiros momentos após o parto.

Nas primeiras horas de vida do bebê, ele ainda não precisa necessariamente sugar vigorosamente o seio materno, pois ele possui reservas nutricionais que lhe garantirão a sobrevivência física. O que é importante é o seu contato inicial com a mãe, que “pode parecer apenas uma brincadeira” (Winnicott, 1990, p. 125) do ponto de vista do observador externo. Nesse momento da primeira mamada teórica, a necessidade de criação se sobrepõe à necessidade alimentar propriamente dita. Se a mãe é ajudada pelas pessoas mais próximas, ela consegue “estar pronta com o potencial de excitação que em algum momento resultará na produção de leite” (Winnicott, 1990, p. 123).

Segundo Winnicott (1990), “se as primeiras mamadas são mal conduzidas, pode ocorrer uma série de problemas” (p. 120). A insegurança no manejo inicial do bebê pode provocar distorções no seu desenvolvimento emocional primitivo. Entretanto, há uma gama de falhas que são consideradas “normais”, as quais não provocam grandes consequências. Essas se devem ao fato de que “há bebês de todos os tipos e as **mães nem sempre estão prontas** no momento certo para o exercício da potência de seu seio” (p. 123, grifo nosso).

O que conta é o tempo que se demora até que haja uma adaptação mútua entre o bebê e a mãe. Se esse tempo é longo demais, pode ser que ambos sofram as consequências futuras no seu relacionamento. Também existe o caso em que “o bebê estava pronto e a mãe estava pronta, mas as condições não eram satisfatórias, ou então alguém interfere” (Winnicott, 1990, p. 123).

Importante ressaltar que as intervenções negativas podem se dar por parte dos profissionais da maternidade. Winnicott (1990) diz o quanto eles ignoram a importância do início do relacionamento entre a mãe e seu bebê, pois não são treinados para assistir às mães no período puerperal. A conduta que geralmente se tem com as mães que possuem alguma dificuldade para amamentar nas primeiras vezes é a de “forçar os bebês em direção ao seio” (p. 124). Isso pode provocar inibição no bebê para mamar, pois não lhe é dado o tempo necessário para que ele crie o seio de sua mãe.

No sentido contrário, os profissionais que se preocupam com as condições psicológicas das mães são muito importantes para ajudá-las quando elas precisam. Eles fornecem as condições necessárias para que elas se envolvam com

o bebê da forma mais sensível possível, de acordo com a maneira que lhes é singular. Nas palavras de Winnicott (1990, p. 125):

O que a mãe necessita é da **chance de ser natural** e de encontrar o seu caminho junto com o bebê, da mesma forma como outras mães encontraram os seus próprios caminhos desde o alvorecer da história humana, e até mesmo antes da evolução do homem a partir dos mamíferos.

Segundo Winnicott (1990), pode levar muito tempo para a mãe e o bebê se entenderem quando existe uma dificuldade no relacionamento inicial entre eles. Por isso, ele nos diz que é relevante a preocupação com a forma como se dá a primeira mamada teórica. A partir dela é que o bebê “começa a ter material com o qual criar” (p. 126). Isso quer dizer que ele vai criando a possibilidade de alucinar o mamilo quando a mãe o oferece – daí uma gama de experiências vão constituindo uma memória composta de diversas impressões sensoriais, relativas à amamentação e ao momento de encontro onipotente com o objeto, uma vez que ele já foi criado. É assim que o bebê pode começar a tolerar a sua ausência e a realidade externa pode ser concebida. Mais uma vez, isso só é possível a partir da “técnica adaptativa da mãe” (p. 126).

Com isso, os fenômenos transicionais entram em cena, formando um tipo específico de experiência, que tem a ver com a primeira possessão do bebê – um objeto elegido por ele em sua exploração do “terceiro mundo, um mundo ilusório que nem é sua realidade interna, nem é um fato externo” (Winnicott, 1990, p. 126). Entretanto, esse objeto, antes de ser concreto, ou seja, representado enquanto tal, possui a forma de uma substância, que tanto une quanto separa a mãe e o bebê – ao mesmo tempo em que é parte do bebê, também é parte do ambiente.

Winnicott (1990) localiza a ocorrência desses fenômenos entre o narcisismo primário e a relação objetal. Do ponto de vista do observador, no narcisismo primário há uma unidade entre o ambiente do bebê e o bebê – “conjunto ambiente-indivíduo” (p. 178). Essa é uma etapa primitiva do desenvolvimento emocional, na qual a mãe fornece um ambiente totalmente adaptado para que só gradualmente o bebê venha a sentir a realidade externa como tal. Nessa fase, a maior parte da tarefa da mãe é a adaptação física, por isso não é necessário “qualquer participação da compreensão e do conhecimento” (p. 179).

Nos *primeiros tempos* de contato da mãe com o bebê, segundo Lebovici (2004), o processo de subjetivação e intersubjetividade se originam no espaço de “trocas corporais e imaginárias entre a mãe e a criança” (p. 24). É sobre esse espaço, que acontece na experiência da amamentação, que discorreremos no que se segue.

3

O encontro com o bebê e a amamentação

O primeiro sinal físico de que uma mulher está grávida é a voluptuosidade de seus seios. Entretanto, durante a gestação, a preocupação da mulher e da obstetrícia se volta mais para o desenvolvimento do bebê e para o momento do parto. Com o nascimento do bebê, o ventre vai gradualmente voltando ao seu tamanho normal, mas o seio continua cheio e se avoluma cada vez mais – com o passar das horas, a mulher sente uma excitação nos seios que não estava presente antes, e é demandado a ela, tanto pelo bebê quanto pelos que estão a sua volta, que dê de mamar. Neste capítulo discorreremos sobre esses primeiros contatos da mãe com o bebê, que acontece nas horas de amamentação, evidenciando a especificidade do aleitamento materno, que requer uma adaptação física e emocional da mãe com seu bebê diferente do aleitamento artificial, quando se usa a mamadeira.

Cabe deixar claro, desde o princípio, que não se trata de uma análise valorativa acerca do aleitamento materno – ele não é “bom” nem “ruim” em si, pois depende da forma como cada mulher vai viver essa **experiência** em seu corpo e em seu psiquismo. Em detrimento das campanhas de promoção do aleitamento materno, acompanhamos o pensamento de Winnicott (1994), ao pontuar o caráter nocivo que as normas sanitárias em favor da amamentação ao seio podem provocar, uma vez que a imposição advinda de autoridades pode suscitar culpa e vergonha diante das dificuldades – que existem em quase todos os casos.

Segundo Masud Khan, o espectro da experiência foi fundamental para as formulações de Winnicott, por isso ressaltaremos a **experiência da amamentação e da maternidade** a partir dele e de autores que seguem essa linha de pensamento. Por mais que seja reconhecido psicanaliticamente o momento mítico da primeira mamada como fundador da psique humana, estaremos mais voltadas para o interjogo do biológico e do psíquico com o ambiente social, a partir da vivência que cada mulher reatualiza quando se torna mãe, em relação às diversas faces do cuidado, em sua vivência de ser cuidada, de brincar de cuidar e de observar outros cuidarem.

3.1 O bebê e seu corpo

A partir de estudos atuais acerca da vida fetal dos bebês, consideramos que o contato sensorial entre a mãe e seu bebê se inicia desde a gravidez. A partir da sétima semana de gestação, o bebê tem a experiência de sentir cheiro e sabor, perceber sons e variação de luminosidade, além de ser afetado por condições estressoras vivenciadas pela mãe (Busnel, 2002), o que demonstra que entre a vida intrauterina e o nascimento há uma continuidade, e não uma ruptura, como Freud (1925) um dia vislumbrou.

No “Projeto para uma psicologia científica”, Freud (1895) coloca o desamparo do ser humano como aquilo que nos diferencia dos outros seres vivos, apontando a dependência que temos do outro desde o nascimento, o qual, a partir de uma *ação específica*, proverá a satisfação de nossas necessidades mais fundamentais. Pesquisas mais recentes da neurociência indicam que há uma “memória filogenética do desamparo”, a qual compõe o proto-psiquismo do bebê (Cunha, 2002, p. 378). Por conta disto, ao nascer, o bebê busca com seus olhos, suas mãos, sua boca, tocar o corpo materno, como uma forma de se amparar, constituindo suas primeiras experiências epigenéticas pós-natais (Cunha, 2002).

Segundo Montagu (1988), com o nascimento, o bebê inicia uma nova zona de experiências e adaptações, diferentes daquelas da vida intrauterina, “pois saiu de uma solitária existência aquática para penetrar no meio ambiente atmosférico e social” (p. 81). Com o corte do cordão umbilical, dá-se uma separação física entre a mãe e o bebê, mas esta separação pode ser, ainda sim, realizada com uma sensação de continuidade, se é dado o direito à mãe e ao bebê que ambos permaneçam em contato corporal após o nascimento. De acordo com Montagu (1988):

Depois do parto, os dois [mãe e bebê] precisam evidentemente do conforto e da tranquilidade da presença do outro. Para a mãe, tranquilizar-se é ver seu bebê, ouvir seu primeiro choro, senti-lo próximo a seu corpo. Para o bebê, consiste no contato com o corpo da mãe e com o calor que dele emana, no apoio dos braços que o aninham, nas suas carícias, na estimulação cutânea por ele recebida, em sugar seu seio, as boas-vindas “ao seio da família” (p. 83).

Winnicott (1975) retrata o nascimento e os primeiros contatos entre a mãe e seu bebê de maneira semelhante à Montagu, mas utilizando a seguinte metáfora:

“os bebês surgem do mar e são vomitados sobre a terra, como Jonas o foi da baleia. Assim, a praia do mar era o corpo da mãe, após a criança nascer, e a mãe e o bebê, agora viável, estavam começando a se conhecer mutuamente” (p. 133). Nesta bela passagem, Winnicott produz uma imagem do encontro inicial como eminentemente corporal, cuja base para o bebê, que vem de um meio maleável (água do mar), é o corpo da mãe, a terra firme que o contorna. Aí observamos duas coisas importantes: i) o corpo da mãe funciona como uma espécie de contorno, de sustentação, para o bebê; ii) já ao nascer o bebê e a mãe estabelecem uma relação de mutualidade, ou seja, o bebê é um parceiro na inter-relação com o adulto, como bem explicita Golse (2007) em seu livro “O ser-bebé”.

3.1.1

A “praia do mar”

Segundo Golse (2007), a teoria psicanalítica clássica pensa as relações iniciais tomando como modelo as zonas erógenas. Já as noções de *holding* (sustentação) e *handling* (manipulação) descritas por Winnicott nos ajudam a compreender um novo modo de se olhar para as relações iniciais entre a mãe e o bebê dentro da psicanálise, pois antes elas eram compreendidas mais em termos “de orifício”, ou seja, de zonas erógenas (boca, esfíncter), do que em relação ao envoltório corporal, de forma mais “cutânea” (Golse, 2007).

Segundo Winnicott ([1960]2011), o primeiro “contorno” fornecido pela mãe ao bebê é o *holding*, noção que explicita a capacidade da mãe de proteger a continuidade de ser do bebê. De acordo com Ogden (2010), o *holding* evoca imagens de uma mãe que nina delicada e firmemente seu bebê nos braços quando ele está bem e que, quando ele sofre, aperta-o contra o peito. Para este autor, o *holding* materno possibilita as condições necessárias para o desenvolvimento emocional do bebê. Além disso, demonstra a contribuição das experiências que ocorrem intra e intersubjetivamente pelas quais a sensação de continuidade do ser se sustenta no decorrer do tempo.

O *holding* protege da agressão fisiológica; leva em conta a sensibilidade cutânea do bebê – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, visual e à queda; inclui a rotina de cuidados dia e noite; segue as mudanças instantâneas do dia a dia que fazem parte do desenvolvimento físico e psíquico. Nas palavras de

Winnicott ([1960]2011, p. 49): “o *holding* inclui especialmente o *holding* físico do lactente, que é uma forma de amar...”.

O *holding* é utilizado para significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*. Se refere à relação espacial ou em três dimensões com o fator tempo gradualmente adicionado. Inclui a elaboração de experiências que são inerentes à existência, tais como o complementar (e portanto o não complementar) de processos, que de fora podem parecer puramente fisiológicos, mas que fazem parte da psicologia da criança e ocorrem em um campo psicológico complexo, determinados pela percepção e pela empatia da mãe (Winnicott, [1960]2011).

Na fase do *holding* o lactente é dependente ao máximo. No estado de dependência absoluta o lactente não tem meios para perceber o cuidado materno. Neste estágio, o bebê necessita de uma provisão ambiental que tem certas características: satisfaz as necessidades fisiológicas (fisiologia e psicologia ainda não estão separadas); é consistente, mas não de modo mecânico, e implica a empatia materna (Winnicott, [1960]2011).

De acordo com Lebovici et al (2004), a empatia é uma forma de compreender o outro através dos afetos, como uma capacidade de “ser em” – é uma identificação “por afetos” e não por pensamentos ou palavras (compreensão intelectual). Através da empatia materna, a mãe consegue intuir o que o bebê precisa e o que seus gestos significam pra ela, mas, além disso, ensina o bebê a desenvolver também a sua capacidade de empatia para que ele possa traduzir os gestos maternos, respondendo à sua maneira, se ajustando à sua mãe.

Já o *handling* tem a ver com a manipulação corporal da mãe em relação ao bebê, é a forma como ela influencia no desenvolvimento do tônus muscular e da coordenação motora dele, contribuindo para que ele conheça o seu próprio funcionamento corporal, o qual “facilita a formação de uma parceria psicossomática na criança” (Winnicott, [1960]2011, p. 27).

A mãe que é capaz de oferecer *holding* e *handling* é aquela que, através de sua identificação com o bebê, sabe como ele se sente, de modo que é capaz de prover quase exatamente o que necessita em termos de sustentação e provisão do ambiente em geral. Sem tal identificação ela não seria capaz de fornecer o necessário no começo, que é uma adaptação viva às necessidades do bebê. Com “o cuidado que ele recebe de sua mãe” cada lactente é capaz de ter uma existência

peçoal, e assim começa a construir o que pode ser chamado de *continuidade* do ser (Winnicott, [1960]2011).

Segundo Plastino (2014), a continuidade do ser tem a ver com a experiência de ser, a qual é, desde o início da vida, a base para a saúde do bebê no futuro: “o sentimento de continuidade do ser constitui um dos sentidos básicos da vida” (p. 49). Para que esse sentimento seja garantido, é necessário que alguém, normalmente a mãe, se adapte absolutamente ao bebê, através da preocupação materna primária; se isso não acontece, o bebê reage ao meio ambiente e isso quebra a sensação de continuidade na existência. Por isso o início da vida é um período muito delicado, pela fragilidade do bebê humano e pela necessidade de que alguém se disponha a cuidar dele, o que implica em uma dedicação quase exclusiva.

As necessidades mais primitivas do bebê são apaziguadas pela capacidade da mãe em “dedicar-se” aos cuidados dele, e essa dedicação implica um grau de adaptação que não pode ser mecânica, sem implicação subjetiva, mas deve ser viva, humana. Segundo Plastino (2014), é a “adaptação extremamente delicada da mãe às necessidades biológicas e emocionais do bebê sem se abalar pelas expressões impiedosas do relacionamento excitado” (p. 54) que permite ao bebê experimentar seus instintos de maneira espontânea e criativa. Mas isso não quer dizer que não haja pequenas falhas na adaptação absoluta; existem algumas carências que se o bebê experimentar não configurarão uma “falha ambiental” grave, mas apenas inadequações, as quais são passíveis de ajustamento.

O grau de adaptação da mãe depende grande parte da experiência de mutualidade e de devoção – o que constitui a “mãe devotada comum” é a capacidade que a mulher tem de se preocupar de maneira vital, de modo mais ou menos perfeito, às demandas do bebê. É necessário que haja espaço de troca entre ambos e de pequenas falhas maternas, pois a perfeição é reservada às máquinas e não aos humanos (Winnicott, 1975). A mãe é, pois, *humana*, falível e potencialmente criativa; além disso, ela é responsável por tudo, pois por mais madura que seja, precisa da ajuda dos outros e de um ambiente emocional suficientemente estruturado para que possa se entregar às aventuras iniciais da maternidade.

Do mesmo modo, a mãe dedicada não é aquela que se preocupa o tempo todo só em cuidar de seu filho, conforme Winnicott (2012) diz: “... as mulheres

não ficam o tempo todo agitadas, pensando que deveriam estar tomando conta de um bebê” (p. 2). Entretanto, nas semanas iniciais de vida do bebê, quando ele depende absolutamente de cuidados para viver, a mãe comumente entra em um estado de preocupação mais intenso, na qual, “em grande parte, ela é o bebê, e o bebê é ela” (Winnicott, 2012, p. 4), por isso, em certa medida, o que ela sente faz parte do bebê. Isso é explicado por Winnicott a partir do entendimento de que a própria mãe já foi um bebê, então são as lembranças desse tempo, de ter sido cuidada por alguém, que comporão o seu próprio cuidado ao seu filho, inaugurando a sua experiência como mãe. Nas palavras de Winnicott (2012, p. 84, grifo nosso):

É claro que **a mãe também já foi um bebê**, uma experiência que está localizada em alguma parte de seu ser, onde encontra-se o conglomerado de experiências no qual ela própria partiu de uma situação de dependência e adquiriu autonomia aos poucos. Além disso, ela *brincou* de ser um bebê, assim como brincou de pai e mãe; regrediu a um comportamento de bebê nas ocasiões em que ficou doente, e talvez tenha observado sua mãe cuidando dos irmãos mais novos. Ela pode ter aprendido a cuidar de bebês, e talvez tenha lido nos livros, formando as suas próprias ideias a respeito da forma correta ou errada de lidar com eles. É claro que os hábitos locais a afetam profundamente, e ela pode reagir ou sujeitar-se a eles, ou buscar o seu próprio caminho, como uma pessoa independente ou pioneira.

A partir desta citação de Winnicott, podemos compreender que a experiência da maternidade para a mulher passa pela sua própria história de vida, a qual se enraíza em seu corpo, em memórias sensoriais primitivas. É esse corpo “vivido”, marcado, que vai se relacionar com o corpo do bebê, com uma história curta em relação à da mãe – compõe ela a vida intrauterina, a experiência do nascimento e dos primeiros contatos com a mãe.

Na vida intrauterina, os cinco sentidos se desenvolvem na seguinte ordem: tato, olfato e paladar juntos, depois audição e, por fim, a visão. A zona bucal, por congrega o tato e o paladar, assim como o ritmo da mecânica de abrir e fechar, possui um lugar especial dentre os sentidos, pois possibilita o cruzamento do dentro com o fora, além de permitir o jogo de fluxos e refluxos de líquido ao nível da boca e do funcionamento de partes do sistema digestivo (Golse, 2007).

No momento do nascimento, a boca do bebê serve primeiramente para que ele se alimente, servindo à função de obter nutrientes necessários à vida, mas, posteriormente, a partir dessa satisfação no sentido da autoconservação, surgirá “uma série de prazeres conexos, de prazeres suplementares, entre os quais a voz

da mãe, o cheiro da mãe, o toque da mãe, o *holding* da mãe, etc.” (Golse, 2007, p. 30).

Golse (2007) enfatiza o papel principal da boca tanto no estabelecimento de um limite entre o dentro e o fora (entre o si e o não-si) quanto de uma linha de demarcação entre o registro da necessidade e o do desejo, baseado na teoria do apoio, cujas raízes vêm da primeira teoria pulsional de Freud (pulsão sexual x pulsão de autoconservação). Já a partir da teoria do apego de Bowlby, o autor considera que o registro da oralidade é compreendido como uma modalidade de vinculação essencial, ao lado do *grasping* (preensão palmar), da perseguição ocular e do reflexo de busca. Por isso Golse (2007, p. 31) considera que:

... os mecanismos orais da vinculação, da sucção e do grito podem perfeitamente ser integrados como tal numa visão autenticamente metapsicológica da vinculação e, nesta óptica, a boca assume então uma função essencial na elaboração da relação com outrem e do jogo relacional.

Na relação com a mãe, as interações precoces do bebê se assentam em uma espécie de reciprocidade, como já mencionado, mas também em uma dissimetria, posto que a mãe é um adulto, diferente do bebê. Com a boca, o recém-nascido se enlaça ao corpo materno, obtendo satisfação para inúmeras necessidades, mas essa mesma boca causa, do lado da mãe, outra série de sensações, que vão desde sensações prazerosas até aquelas mais incômodas e hostis. Vejamos agora como, no processo da amamentação, observamos a relação de mutualidade entre o bebê e a mãe, para então adentrarmos em como a mulher/mãe vivencia esse processo.

3.2

Amamentação: a boca e o seio

Quando uma mãe alimenta seu bebê, ela está satisfazendo um “desejo de alimento” (Winnicott, 1985, p. 37). Este desejo é percebido corporalmente, pois quando o bebê está ficando excitado, sua boca saliva e suas mãos se movimentam. A mãe que está voltada aos cuidados do bebê pode perceber essa necessidade de alimentação e então lhe oferece seu seio ou uma mamadeira. Talvez ela não consiga no início fazer essa relação tão claramente, mesmo porque não é algo que ela precise analisar, ela não é uma pesquisadora, mas é algo que ela sente, intuitivamente. Essa intuição tem a ver com a sua identificação com o bebê, uma

vez que o bebê que ela mesma foi já mamou um dia, então já passou por essa experiência corporal de excitação.

No estado excitado, “a mãe é para o bebê a ‘mãe-objeto’” (Plastino, 2014, p. 59), que com o seu seio ou com a mamadeira serve-se como objeto para o ataque impiedoso do bebê, ao buscar com a boca aplacar suas necessidades alimentares. A alimentação do bebê a atividade de sucção, pela boca, e a de digestão do leite, pelo estômago. Ao seio, existe a diferença de que a boca do bebê ultrapassa a raiz do mamilo e faz uma pressão com as gengivas, o que faz com que o leite que está no mamilo entre na cavidade bucal para ser engolido. Essa atividade oral pode ser dolorosa para a mãe. Isso não acontece quando a mãe oferece a mamadeira, pois nesse caso ela se preocupa em preparar o leite, e isso não lhe causa dor física, ela apenas tem que ficar atenta quanto à limpeza do recipiente e à temperatura do leite. Por isso é uma atividade que necessita de um outro tipo de atenção, mais consciente, do que o aleitamento materno. “A mãe que amamenta descontra-se, sente o sangue afluir aos seios e o leite sai sem problemas. Quando usa a mamadeira, tem de manter-se atenta” (Winnicott, 1985, p. 38).

A “descontração” no momento do aleitamento materno pode acontecer para algumas mulheres, mas não para todas – algumas simplesmente não conseguem relaxar, “des-contrair” o corpo e a mente para que o leite flua através de seus seios para o bebê. Nos encontros iniciais da mãe com o bebê há um momento de desequilíbrio inicial, observado através de dificuldades com o aleitamento materno, que praticamente todas as mulheres passam. Voltaremos a este ponto posteriormente.

O valor da amamentação ao seio é diferente daquela que se efetua pela mamadeira, segundo Winnicott (1985). A relação que se estabelece entre o bebê e a mãe durante a amamentação é muito intensa e complexa, pois inclui uma sequência de sensações, que mesclam excitação, gratificação e relaxamento a partir da expectativa, da atividade de sugar, da satisfação alimentar e do repouso, após a gratificação completa.

O uso da mamadeira pode ser feito por aquela mãe que estiver impossibilitada de aleitar seu bebê, pelos mais variados motivos, desde complicações de saúde física até aquelas relacionadas a conflitos psíquicos. Entretanto, a experiência do aleitamento materno contém uma particularidade que

não está presente no aleitamento artificial. A fantasia de ataque ao seio materno elaborada pelo bebê encontra no corpo da mãe seu suporte, enquanto que se o ataque é feito à mamadeira, o corpo da mãe não é afetado tão diretamente, concretamente. Diz-nos Winnicott (1985), “há um elemento agressivo muito forte no primitivo impulso de amor, que é o impulso para mamar” (p. 58).

Segundo Winnicott ([1936]1978), o bebê ao nascer tem “urgências instintivas” e “ideias predatórias” em relação ao seio; e a mãe possui o seio, o leite e a “ideia de que ela gostaria de ser atacada por um bebê faminto”. Há um entrelaçamento entre o soma e a psique observado nas fantasias do bebê e da mãe supostas por Winnicott, em seu artigo “Apetite e perturbação emocional” ([1936]1978). Em relação ao bebê, ele vai ainda mais longe, imaginando o que o bebê “deseja” ao ser impulsionado no ato de mamar: “eu quero sugar, comer, morder. Sugar, comer e morder me dão prazer. Sinto-me satisfeito depois de sugar, comer, morder”. Depois, o que ele fantasia: “quando estou com fome, penso em comida; quando como, penso em botar comida para dentro. Penso no que gosto de manter dentro de mim e penso nas coisas das quais quero me livrar e penso em me livrar delas”. Por último, e de forma mais complexa, Winnicott imagina que o bebê começa a olhar para dentro de si e percebe um “mundo interno”, como vemos, ainda na suposta imaginação do bebê:

Também penso no que ocorre na fonte de suprimento. Quando tenho muita fome, penso em roubar e mesmo destruir a fonte de suprimento, e então me sinto mal com relação ao que tenho dentro de mim e penso nas maneiras de botá-lo para fora, o mais rápida e completamente possível (Winnicott, [1936]1978, p. 112-113).

Winnicott considera que a amamentação circunscreve a experiência física na constituição da fantasia e da onipotência. Em suas palavras: “... o bebê vem ao seio quando excitado e pronto para alucinar algo apropriado para ser atacado. Neste momento, o mamilo real aparece e ele é capaz de sentir que se trata do mamilo que ele alucinou” (Winnicott, [1936]1978, p. 279).

Winnicott apresenta o que o bebê pensa enquanto sua boca toca o mamilo de sua mãe: “Talvez exista alguma coisa lá fora da boca que valha a pena procurar”, então “a saliva começa a correr; de fato, poderá fluir tanta baba que a criança acabe por gostar de a engolir e, por algum tempo, quase nem precisa de leite” (Winnicott, 1985, p. 51). Por sua vez, a mãe vai gradualmente capacitando o

bebê a compor imaginariamente aquilo que ela tem para oferecer, seu seio, seu leite, seu toque, seu envoltório corporal, a “praia” que lhe contorna. Então o bebê alcança a raiz do mamilo com suas gengivas e começa a mordê-lo e a chupá-lo. Depois faz uma pausa, “as gengivas soltam o mamilo e o bebê desvia-se da cena de ação. A ideia do seio desvanece-se” (Winnicott, 1985, p. 51).

Winnicott (1985) enfatiza que a experiência do bebê que mama ao seio tem a ver com a possibilidade de criação do seio – “o bebê tinha uma ideia, e o seio com o mamilo apareceu, estabelecendo-se um contato. Depois o bebê pôs fim à ideia e afastou-se – e o mamilo desapareceu” (p. 51). Ou seja, o aparecimento e o desaparecimento do seio acontece ao mesmo tempo em que o bebê é capaz de possuir a ideia deste e depois despossuí-la. No tempo em que o bebê não está mamando ativamente, a mãe aguarda e, passados alguns minutos...

... o bebê volta-se novamente para onde ela ficou o tempo todo, pronta para colocar o mamilo, e assim se estabelece um novo contato, no momento rigorosamente exato. A operação repete-se diversas vezes e o bebê mama não de uma coisa que contém leite, mas de uma **propriedade pessoal cedida por momentos** a uma pessoa que sabe o que tem a fazer com ela (Winnicott, 1985, p. 51, grifo nosso).

Nesse caso, quando a mãe permite que o bebê se afaste dela por um momento, no instante de retirada do mamilo da boca do bebê, é aí que ela se define como pessoa, como mãe. Mas é algo tão delicado, sustentar o tempo de ausência de contato, que nem todas as mães conseguem suportar, principalmente no início, logo que o bebê nasce. Então o bebê, em seu método pessoal, poderá recusar o alimento, desviando a cabeça ou dormindo. Ele estará assim ensinando sua mãe que precisa ficar só, sem contato, por alguns instantes (Winnicott, 1985).

É também a possibilidade do ataque, de pôr em atividade a agressividade primitiva do bebê, presente desde o útero (ao chutar o ventre materno), que ajudará o bebê a gradualmente notar que para além de seu mundo interno existe outro mundo – para além do seio, que se confunde com ele próprio no início, existe um seio atacado, esvaziado pela sua atividade de sucção, e esse seio pertence a alguém, é parte integrante da própria mãe.

Winnicott (1985) distingue a amamentação ao seio daquela feita pela mamadeira pelo fator de sobrevivência da mãe, que com o seu corpo empresta uma parte de si, de seu seio, para que o bebê mordisque. Entretanto, Winnicott ressalva que mesmo a mãe que usa a mamadeira pode oferecer outras partes do

seu corpo para ele e morder. Com isso “... o bebê **quase** sente o mesmo que se fosse amamentado ao seio” (Winnicott, 1985, p. 59, grifo nosso). Além de seu corpo, a mãe oferece seu olhar para o bebê, que absolutamente não depende do uso do seio. Entretanto, o gosto, o cheiro e a experiência sensual da amamentação estão ausentes quando o bebê se alimenta pelo bico de borracha da mamadeira.

Quando a mãe pressente que o bebê começa a querer mamar, ela o pega nos braços, embala-o e alimenta-o, dando-lhe alimento e *holding*. Nesse momento, a experiência da mãe com o bebê é eminentemente corporal, pois há contato entre o rosto, a boca e as mãos do bebê com o seio materno. Tal vivência é prazerosa na medida em que é permitido que mãe e bebê se encontrem à sua maneira. Se alguém intervém nesse contato de forma intrusiva, “enfiando” deliberadamente o mamilo da mãe na boca do bebê, ou ditando regras acerca da melhor forma de amamentar, a mãe não sente a “vida fluindo para os seios e nem o bebê tem oportunidade de efetuar suas explorações e elaborar ideias” (Winnicott, 1985, p. 53).

Para Winnicott ([1968]1988), a mãe e o bebê podem perder algo se não passarem pela experiência da amamentação. Este “algo” tem a ver com a riqueza da personalidade, com a possibilidade de ser feliz, com a capacidade de revolucionar e rebelar-se. Em suma, tem a ver com a potencialidade criativa que temos de nos lançarmos ao mundo – lembrando da aceção da “primeira mamada teórica”, que engendra a capacidade de criação do bebê.

Para Winnicott (1990), o bebê tem uma contribuição pessoal a fazer em sua mamada. Ele está vivo, presente. Quando sua mãe se adapta suficientemente bem, o bebê pode concluir que o mamilo e o leite são os resultados de um gesto produzido por ele. Para que essa ação seja passível de ser apropriada pelo bebê, as técnicas que vierem em seu auxílio devem ser simples e constantes, como se fossem feitas naturalmente. Mas o natural não é dado, é construído a partir de algumas condições:

A mãe deve estar confortavelmente instalada. O bebê também. Depois, deve haver todo o tempo que for preciso. E os braços do bebê devem estar livres. O bebê deve ter a pele livre para poder sentir a pele da mãe. Pode até suceder que a criança necessite de ficar nua e colocada no corpo nu da mãe. Se houver alguma dificuldade, não adianta nada tentar forçar a amamentação. Se houver uma dificuldade, só propiciando ao bebê o cenário adequado para encontrar o seio é que poderá haver alguma esperança de estabelecer a experiência correta de amamentação (Winnicott, 1985, p. 52).

O cenário da amamentação, organizado pela mãe, comporta além dos momentos de excitação, os momentos de inatividade, nos quais o bebê e a mãe podem descansar e relaxar, sem estarem “ligados” pelo seio. Segundo Naffah Neto (2005), se entre o corpo agitado de um bebê faminto e o seio existe um intervalo de tempo e intensidade que os separa, então há a garantia de um espaço no qual o bebê possa buscar aquilo que aplacará sua necessidade e, com isso, garantir a sua continuidade de ser.

No estado tranquilo, o bebê se relaciona com o aconchego, o acolhimento, a sustentação (*holding*) que a mãe proporciona (Plastino, 2014). Diferente do estado excitado, o bebê satisfaz no estado tranquilo uma necessidade mais emocional, cujo corpo da mãe passa a funcionar não somente como objeto, mas como ambiente. Nas palavras de Plastino (2014, p. 59): “aos dois estados diferentes do bebê – excitado e tranquilo – correspondem então duas facetas da mãe. Numa, ela se oferece como objeto do ataque instintivo (mãe-objeto) e na outra, como fornecedora de acolhimento e aconchego (mãe-ambiente)”.

De acordo com Assis (2004),

Movido pela sede do leite, o bebê encontra a fonte do aconchego, do carinho, do abraço, do calor, onde pode saciar sua sede de amor. É igualmente nesse encontro que o ser humano experimenta as dores primordiais: frustração, falta, ausência, rejeição... as emoções primeiras são “substâncias psíquicas” que se enraízam no ego, compondo sua base (p. 56).

Assim, compreendemos que o bebê precisa tanto de alimento físico quanto psíquico, sendo que o primeiro se compõe de substâncias químicas necessárias para o crescimento, e o segundo, de experiências emocionais, também necessárias para o crescimento, mas de outro tipo: pessoal. Ambos os alimentos são providos no encontro com as duas facetas da mãe, através do seio.

3.4 Amamentação: o seio e a mãe

Para a mãe, a intimidade que se cria no momento da amamentação pode ser prazerosa e integradora se ela e o bebê estão calmos, apesar de excitados; se o toque entre eles é agradável, se a distância entre o seio e a boca permite que o bebê respire e a mãe possa olhá-lo, se há tempo para o bebê brincar com o mamilo na boca, sem pressa (Winnicott, 1985).

Winnicott apresenta algumas condições para que uma amamentação se desenrole de maneira tranquila para a mãe e o bebê: se a mãe é saudável física e psiquicamente, se seu ambiente familiar é acolhedor, se o bebê nasceu bem e no momento certo; então a amamentação é um momento de união, amor, mutualidade e confiança, no qual ambos podem se entender reciprocamente e “a alimentação começa a cuidar de si própria” (Winnicott, 1985, p. 33).

Destarte, Winnicott coloca que se a relação entre a mãe e o bebê se iniciou bem e segue se desenvolvendo naturalmente, sem intervenções alheias, então não fazem falta as técnicas amamentares nem quaisquer investigações sobre o processo – “... os dois juntos, mãe e filho, sabem melhor o que está certo do que qualquer pessoa estranha. Em tais circunstâncias, um bebê tomará a porção exata de leite no ritmo adequado e saberá quando tem que parar” (Winnicott, 1985, p. 33).

A “harmonia” da amamentação é composta pelo encontro entre o leite que desce ao seio por causa dos estímulos (visão, cheiro, tato, som) do bebê. Tudo é uma coisa só: “o cuidado que a mãe dá a seu bebê e a alimentação periódica que se desenvolve como se fosse um meio de comunicação entre os dois – uma canção sem palavras” (Winnicott, 1985, p. 161).

A sensação de realização presente em mães que descobrem a possibilidade de dar seu leite para acalmar seu bebê e o sentido que encontram para lidar com o medo de que o bebê vai comê-la fazem parte da experiência da mulher que usa uma parte de seu próprio corpo para dar ao seu filho. Isto é algo diferente daquela que usa a mamadeira. Afinal, quando o bebê machuca o mamilo de sua mãe através da atividade vigorosa da sucção, ela sente dor, seus mamilos racham; mas ela sobrevive à agressividade do bebê, e esta é uma de suas funções enquanto mãe, pois de acordo com Winnicott ([1968]1988, p. 26), “é isto que objetifica a mãe, coloca-a num mundo que não é parte do bebê, e a torna útil”.

Winnicott (1985) diz que a amamentação, quando inicia seu curso a partir da demanda do bebê, pode ser regulada ao longo do tempo de acordo com o que é mais conveniente para a mãe – de três em três horas, por exemplo. Ao passo que a realidade externa vai sendo apresentada pela mãe, o bebê vai aceitando que há algo além do seu próprio desejo, além do seio que se apresenta e se ausenta de acordo com a sua vontade de mamar e parar de mamar. O desejo da mãe pode ser de regular as mamadas para cada 3 horas, pois ela já está cansada de ficar com o

bebê “pendurado no peito” o tempo todo. Se o bebê for capaz de se adequar a este horário, então ambos podem encontrar um equilíbrio entre suas demandas e aí a “livre demanda”² será para os dois e não somente para o bebê. É claro que pode haver momentos de desequilíbrio nesse processo, por exemplo, se o intervalo de 3 horas gerar angústia para o bebê em determinado momento, a mãe pode voltar a amamentá-lo a partir da demanda dele, por certo período, e depois voltar a um horário regular, assim que ele for capaz de o tolerar.

As sensações de prazer que a mãe experimenta ao amamentar muitas vezes são negadas pelos outros ou por ela própria, provocando uma atitude rígida em relação aos horários e formas de se amamentar o bebê, como se lhe fosse negada a experiência de prazer. Se a mãe se permite sentir prazer, ela também pode se deixar seguir o curso natural das coisas, permitindo inclusive que o bebê “... decida o que está em sua capacidade decidir, visto ela ser facilmente capaz de decidir e fornecer o que lhe compete, tanto nos métodos de orientação como na forma concreta de leite” (Winnicott, 1985, p. 33).

Para a mulher, amamentar pode ser recompensador quando ela percebe que seu bebê se alimenta bem e logo após uma longa mamada consegue arrostar. Ela se sente aliviada com isso, pois tem a sensação de que seu papel foi cumprido naquele momento e seu bebê aproveitou o que ela tem para dar. Isso faz com que ela se sinta uma “boa mãe, apesar de tudo” (Symington, 1997, p. 22). Entretanto, se há alguma dificuldade, a mulher pode se sentir fracassada, pois se sente totalmente responsável pela alimentação do bebê, por sua sobrevivência. Isso pode provocar um cenário de tensão que envolve ela e o bebê, tornando ainda mais problemática a amamentação, pois a tensão pode bloquear a descida do leite e incrementar a dor.

Se a mãe está tensa ou angustiada no momento de oferecer o seio, o fluxo de leite cessa e o bebê também fica tenso, o que pode provocar um desconforto digestivo nele. O seio da mãe cujo leite não “desce” para o bebê provoca uma mudança no tamanho do estômago dele, pois ele ficará vazio por mais tempo e terá problemas em se adequar quando ele se encher novamente. Segundo Winnicott (1985, p. 39), “o estômago é... como uma miniatura interna de boa mãe. Quando o bebê está tranquilo... esse recipiente muscular a que chamamos

² A “livre demanda” é uma das recomendações da Organização Mundial de Saúde em relação ao aleitamento materno ser de acordo com a vontade do bebê para mamar.

estômago se comporta muito bem”. Com isso, observamos que há um movimento que vai e volta da mãe para o bebê e deste para ela – seio materno e estômago infantil, em comunicação, são afetados e afetam o comportamento um do outro. Se há tensão, o leite não vai, o arroto não vem... é como se a tensão impedisse a livre comunicação entre eles, que se dá pela pelos movimentos de fluxo, refluxo, enchimento e esvaziamento.

As preocupações das mulheres que amamentam giram em torno da quantidade de leite que produzem – se o que dão ao bebê é suficiente ou não. Segundo Symington (1997): “como o leite vem delas, sua dúvida é ainda maior a respeito de sua capacidade de produzir alguma coisa suficientemente boa pra seu filho” (p. 23). Se o bebê mama bem, ganha peso e consegue arrotar, está demonstrando para a mãe um sinal de que ele está incorporando alguma coisa boa e é capaz de expulsar algo mau (com o arroto).

Entretanto, alguns bebês são mais difíceis de satisfazer e choram muito, mostrando-se aflitos por mais tempo, mesmo depois das mamadas; além disso, não conseguem dormir bem – nesses casos é mais difícil pra mãe estabelecer um contato satisfatório. O passar do tempo pode ajudar a mãe a se adaptar a isso e encontrar satisfação em outras formas de cuidado: no banho, por exemplo (Winnicott, 1985).

De acordo com Assis (2004), as diversas reações pessoais da mãe também influenciam no modo como o bebê vai mamar: “de um lado, a segurança, a força, a coragem, a determinação, a alegria, a descontração, o prazer; de outro, o medo, a incerteza, a dúvida, a tristeza, a angústia” (p. 59). Feliciano (2009) corrobora com esse pensamento, colocando que a mulher que amamenta experiencia afetos ambivalentes, os quais oscilam de um polo a outro, devido a grande intensidade emocional envolvida. Do mesmo modo, as experiências de fragilidade acompanham as experiências de prazer, e se a mãe não conseguir conter as angústias suscitadas, ela provavelmente converterá a amamentação em uma tarefa puramente mecânica ou acabará desmamando precocemente o bebê, ancorada em justificativas banais.

Quando a mulher amamenta, ela também acaba compartilhando partes de si com o bebê, partes de seu mundo interno, o que pode revelar aspectos de sua personalidade mais ou menos tranquilos de se lidar, tanto o bebê pode reagir de

modo a recusar essas “partes”, como a mulher pode não conseguir dá-las, impedindo que a comunicação dessas partes aconteça (Feliciano, 2009).

A mulher pode sentir que perderá sua individualidade ao experienciar uma vivência tão íntima e próxima com o bebê, criando a fantasia de perda de identidade e medo de fusão permanente, justamente por causa do estado de dependência absoluta que o bebê se encontra no início da vida (Feliciano, 2009). No próximo capítulo apresentaremos estudos mais recentes que evidenciam os desafios atuais que as mulheres enfrentam na amamentação, principalmente por causa do que o bebê, em sua dependência extrema, lhe causa. Mas antes disso, apresentaremos uma compreensão da constituição da maternidade a partir da teoria formulada por Stern (1997), sobre a constelação da maternidade.

3.5 Amamentação e a constelação da maternidade

O primeiro ponto a ser destacado é a compreensão de Stern de que o relacionamento entre o bebê e os pais é exclusivamente não-verbal e intensamente pré-simbólico, o qual inclui um sentimento de responsabilidade pela vida que se inicia, por parte dos adultos que cuidam.

Quando a mulher vivencia pela primeira vez a maternidade ela passa a sentir, pensar e agir de acordo com a sua nova configuração social e psíquica, interagindo com o bebê a partir desta e mesmo por causa dela. No universo das representações, existe um bebê imaginado na mente da mãe; já no mundo real, existe um bebê em seus braços, com todas as exigências de sobrevivência, relação, investimento afetivo, de tudo que garanta a continuidade da sua vida no mundo. Nas palavras de Stern (1997, p. 29), há uma reelaboração do *self* da mãe:

... como mulher, mãe, esposa, profissional, amiga, filha, neta; seu papel na sociedade; seu lugar em sua família de origem; seu *status* legal; ela mesma como pessoa com a responsabilidade principal pela vida e crescimento de uma outra pessoa; como a possuidora de um corpo diferente; como uma pessoa “de plantão” 24 horas por dia; como uma aventureira na vida, uma criadora, uma protagonista no grandioso esquema da evolução, e assim por diante...

Enquanto a mãe se dedica na sua nova tarefa de cuidar do bebê, em seus ciclos de sono e fome, “o bebê a está ajudando a reorganizar seu próprio mundo representacional” (Lebovici, 1988 apud Stern, 1997). É o bebê que ajuda a mulher

a se tornar mãe, suscitando um trabalho psíquico para que ela abandone, em parte, suas antigas fantasias de reparação de sua infância. Aquilo que ela guardava como uma possibilidade de modificação se fixa em sua história e ela vai ter que aceitar as falhas, os desapontamentos e as omissões de seus pais, apesar de que ela tem ainda a possibilidade de modificar o passado, mas não mais como uma menina, e sim como mãe (Stern, 1997).

Com o nascimento do bebê, a mulher começa a reavaliar, consciente ou inconscientemente, a sua própria mãe, tanto como “mãe como mãe para ela quando ela era criança, como esposa, como mulher e como a avó da nova criança” (Stern, 1997, p. 32). Isso influencia sobremaneira a forma como ela será mãe para seu bebê de agora. É essa forte influência intergeracional que se configura como um dos fatores determinantes pelos quais as mulheres aprendem a ser mães, tanto pelo modelo negativo (de não ser como sua própria mãe foi), como pelo modelo positivo (de ser como sua mãe foi). Entretanto, a suposição que a mulher faz de sua mãe não é em relação ao que aconteceu no passado, mas ao que ela pensa que foi, agora. Por exemplo, quando uma mãe fala que vai amamentar porque sua mãe amamentou, ela está justificando sua escolha de amamentar pelo que ela sabe do passado, mas a partir de quem ela é hoje. Do mesmo modo, ela poderia escolher amamentar justamente porque sua mãe não amamentou, e assim por diante.

Outro desafio encontrado pela mulher que se torna mãe é o fato de colocar os interesses do bebê no centro de tudo, principalmente antes dos seus, o que altera suas metas de vida individuais, em relação à carreira, por exemplo (Stern, 1997). Atualmente, a recomendação de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida do bebê, podendo se prolongar até dois anos, contribuem sobremaneira para que algumas mulheres escolham deixar de trabalhar para amamentar até o filho ou a filha completarem dois anos, mesmo que em alguns lugares haja uma política de redução da jornada de trabalho para a mulher que amamenta, incluindo salas preparadas para ordenha e armazenamento de leite.

O papel da mídia também influencia no modo como a mulher vai ser mãe, pois cria representações “de quem o bebê e a mãe idealmente são e deveriam ser” (Stern, 1997). Nas campanhas em prol da amamentação no Brasil, apenas o discurso da boa amamentação é veiculado, imprimindo na cultura a ideia de que as mães amamentam sem dor e não passam por dificuldades – aleitam seus filhos como expressão do amor e da devoção maternos. Há, na nossa sociedade, uma

“exaltação da mama... as mulheres posam sorridentes para as câmeras e expõem o orgulho do ato de amamentar...” (Cadoná & Strey, 2014, p. 484).

Os enunciados de algumas campanhas feitas no Brasil, segundo Cadoná e Strey (2014), se ligam a uma imagem de que a mãe perfeita é aquela que amamenta naturalmente seu bebê, conforme observamos no folder de 2002: “Amamentar é dar ao seu bebê saúde em forma de amor”. Igualmente, idealizam que o bebê mais saudável é aquele que mama ao seio, como se lê no folder de 1999: “O leite materno é alimento, saúde e afeto”. A mãe que não consegue amamentar não dá amor? O bebê que não mama não recebe afeto? Essas são questões que surgem na nossa sociedade quando há discursos tão hegemônicos como esses. Tais podem provocar culpa àquelas que não conseguem, não escolhem ou não podem realizar o aleitamento materno. Em nossa cultura, segundo a análise das pesquisadoras, parece haver uma ideia de que bastaria à mulher acreditar que consegue amamentar para fazer. Entretanto, há certo reconhecimento em algumas campanhas da necessidade de uma rede de apoio para que o desejo de amamentar e os desafios a ele ligados sejam amparados (Cadoná & Strey, 2014, p. 486).

Esses esquemas representacionais que estão presentes na mãe, inconscientemente, quando ela interage com o bebê estão quase sempre ativas, mas podem mudar de momento a momento, a depender do acontecimento. Nas palavras de Stern (1997, p. 54):

Subjetivamente, a experiência da mãe é muito rica e com múltiplas camadas... ela pode mover-se livremente (inclusive em alguns segundos) entre o passado, o presente e o futuro; entre o aqui e um outro lugar; entre a distância da ação e a imersão nela; entre a identificação com seu filho e a experiência totalmente centrada dentro dela; entre ela-mesma-como-criança como o sujeito e seu filho como sujeito; entre olhar com seus olhos e com os olhos de sua mãe, e assim por diante.

Por vezes, uma mãe pode estar amamentando seu bebê e ao mesmo tempo estar imersa dentro dela mesma, sem focar sua atenção no que está acontecendo entre ela e seu filho ou sua filha. Isso demonstra, na visão de Stern (1997), que “a mãe, na situação maternal, está necessariamente operando pelo menos em dois espaços subjetivos: a interação comportamental e sua vida representacional. Sua experiência tem muito a ver com o diálogo alternado entre os dois” (p. 54).

O acesso à vida representacional da mãe é justamente evocado a partir das interações cotidianas com o bebê, no momento presente. Essas se constituem, de acordo com Stern (1997), em experiências concretas, como “segurar o bebê em seus braços, sentir a cabecinha do bebê na curva de seu pescoço, sentir o seio ser sugado ao amamentar, ser incapaz de consolar o bebê que chora, reagir quando ele a rejeita, e às vezes expressar desgosto” (p. 170).

O bebê, como vimos, por ser um parceiro ativo na relação com a mãe, mesmo nas interações iniciais, compõe o contexto de interação com a mãe a partir de suas próprias experiências, vividas pela mãe de maneira empática, as quais tem a ver com a sua avidez ou não em sugar, a forma como adormece, como chora, como demonstra ansiedade e medo quando é frustrado ou ao ver o rosto de desgosto da mãe, etc. (Stern, 1997).

De acordo com Assis (2004), no contexto da amamentação, “... se o bebê é alimentado por um seio que acolhe com tranquilidade, ele terá a experiência emocional do conforto; se é alimentado por um seio tenso, terá a experiência do desconforto” (p. 60). Do mesmo modo, há bebês mais tolerantes e outros mais impacientes, há os que tocam e chupam o seio de forma mais delicada, enquanto outros atacam com mais voracidade, há os que berram pelo seio e os que esperam com tranquilidade, tudo isso vai compor a intimidade dos encontros e desencontros da dupla na amamentação, posto que as mamadas variam entre estados de tranquilidade e de tensão. São essas características do bebê e da mãe que formam o campo emocional da amamentação, as quais facilitam e/ou dificultam as iniciativas e a disposição das mães para dar o seio e dos bebês para tomá-lo.

Stern (1997) considera, no mesmo sentido, que tanto a experiência da mãe quanto a do bebê influencia no modo como o contexto vai se constituir, pelo que “é diretamente sentido por um dos parceiros e o que é empaticamente percebido da experiência do outro parceiro” (p. 170). Pelo lado da mãe, a percepção vai necessariamente ser ativada também por suas próprias recordações de quando ela era bebê – ela vai entrar em contato tanto com as partes que ela vivenciou diretamente como bebê, na sua interação com a mãe, como aquelas que ela experienciou empaticamente. São essas “memórias do período de bebê da mãe” que compõem também a forma de maternagem e de amamentação que a mulher vai acessar no momento de amamentar (Stern, 1997).

Stern (1997) traz um exemplo muito interessante de como essas memórias aparecem sem que a mãe tenha sequer consciência. Ele fala de uma mulher que havia sido alimentada, quando bebê, por uma sonda que levava o leite diretamente para seu estômago. Por causa desse tipo de alimentação, que aconteceu até a menina completar 21 meses, sua mãe a colocava de costas, sobre seus joelhos, sem cercar seus braços e seu corpo. Quando esta mulher foi mãe ela alimentava seus filhos da mesma forma, apesar de usar uma mamadeira e não ter necessidade de fazer aquela posição que sua mãe fazia com ela – mesmo sem nunca ter sabido que sua mãe a tinha alimentado daquela forma. Por sua vez, sua filha, quando lhe deu um neto, amamentou por um tempo da mesma forma que sua mãe havia sido amamentada, o que demonstra que a posição de amamentar foi guardada na memória e transmitida para 3 gerações, mesmo que nada tenha sido falado sobre isso.

Podemos concluir, com Stern (1997), que a evocação de memórias, desencadeada pelo contexto da maternidade e, especialmente, da amamentação, constitui-se como uma forma de acessar o material “bruto” de experiências infantis relacionadas à forma como a mãe foi amamentada, a qual influenciará de forma negativa ou positiva na maneira como ela vai amamentar seu bebê, mesmo que tenha espaço para que o próprio bebê contribua sobremaneira na conformação da “forma amamentar”.

4

Desafios do aleitamento materno na atualidade

A Dra. Merel Middlemore (1973), em um estudo psicanalítico acerca da “situação amamentar”³, observou que na maioria dos casos os primeiros dias da amamentação são os mais difíceis, pois a mãe e o bebê ainda não se adaptaram mutuamente. Em sua pesquisa, ela observou que algumas dificuldades comuns para as mães naquela época eram relacionadas com a produção de leite, o formato dos seios e a sensibilidade dos mamilos. O “leite fraco”, os bicos planos e a dor intensa na hora de amamentar atrapalhavam muitas mulheres que desejavam alimentar seus bebês com seu próprio leite. Além disso, havia aquelas que estavam “inconscientemente” indispostas, embora soubessem da importância do aleitamento materno para a saúde de suas crias.

Este ponto de vista dos fatores inconscientes que se apresentavam na “dupla amamentar” observados por Middlemore (1973) tem a ver com as fantasias maternas sobre a amamentação, as quais eram recheadas de medos. As mulheres imaginavam que o seu leite poderia fazer algum mal ao bebê, por ser “rico” demais ou “pobre” demais, ou então achavam que elas teriam sua força “sugada” pela boca do bebê. Segundo Middlemore (1973), a maneira pela qual as fantasias são expressas “varia com o espírito do tempo e com a orientação social e pessoal do instinto maternal” (p. 30).

Com isso, Middlemore (1973) entende que as dificuldades inconscientes apresentadas por algumas mulheres variam com a cultura e seus ditames, mas também tem a ver com algo que é da ordem da pessoa da mãe. Neste capítulo discutiremos estes dois pontos, os quais, entrelaçados, nos dão pistas para se compreender os desafios do aleitamento materno para a mulher atualmente.

4.1

Por trás do seio, a cultura

Alguns desencontros mais sutis fazem parte da “normalidade” do período de adaptação inicial entre o seio materno e a boca do bebê, como apontou

³ Esta pesquisa consistia em observar “duplas amamentares”, ou seja, a mãe e o bebê no processo de amamentação, e como se dava a intervenção de médicos e enfermeiras. Ela observou principalmente os primeiros momentos de contato da mãe com o bebê, que acontece nas horas da alimentação.

Middlemore (1973). Entretanto, em alguns casos pode levar ao desmame precoce, onde a sensação de frustração e impotência toma conta da cena, suscitada em grande parte pelos ditames de uma cultura pró-amamentação, quase tirânicas atualmente.

A pesquisa de Feliciano e Souza (2011) apresenta que as queixas mais comuns das mães no início do processo de aleitamento materno tem a ver com angústias suscitadas pela perda de peso do bebê, por dores provocadas pelas fissuras e mastites e por acharem que seu leite é pouco ou fraco. Tudo isso gera nas mães uma sensação de impotência, pois não estão de acordo com aquela bela imagem veiculada pela mídia, onde não há dor nem desprazer.

Diversos autores (Gómez & Maia, 2013; Feliciano & Souza, 2011; Almeida & Novak, 2004) enfatizam a importância de se considerar a amamentação como um processo biológico, cultural e psíquico. Nenhum destes aspectos é mais importante que o outro, pois eles juntos interatuam na determinação da forma como se dará a amamentação.

O enfoque biológico se refere à capacidade de lactação da mulher, que dependerá de inúmeros fatores, desde o contato pele a pele com o bebê, passando pela sucção do seio e pela resposta hormonal de produção de ocitocina provocada pela dimensão emocional do encontro amamentar (Gómez & Maia, 2013).

A amamentação, compreendida como um híbrido entre a natureza e a cultura, como bem apontaram Almeida e Novak (2004), sofre influências tanto do ambiente social imediato como da sociedade em geral. As avós, tias, enfermeiras e médicos parecem sempre saber como é a amamentação correta, e tal saber é veiculado pelas mídias de maneira por vezes imperiosa, provocando uma “culpa” social em algumas mulheres que não conseguem amamentar.

Winnicott ([1968]1988) certa vez disse que se ele fosse mulher e lhe dissessem que ele deveria amamentar, seja por quais motivos fossem, ele não o faria. Nesse sentido, ele aponta o quanto pode ser prejudicial a influência de uma norma tão direta no controle da forma de nutrição dos recém-nascidos, pressupondo que a propaganda pode provocar uma tentativa de regulação consciente de um processo que não se dá pelo controle racional, mas através do corpo e da comunicação sensível: “a própria ideia de amamentação natural seria prejudicial se se convertesse numa coisa conscientemente planejada, só porque as autoridades tivessem dito que isso seria bom” (Winnicott, 1985, p. 35).

Um seio farto de leite virou o desejo de várias mulheres que se tornam mães, entretanto, parece que quando elas se veem detentoras deste seio, não sabem o que fazer com ele e nem como fazer, de modo que se assustam diante da dor, do incômodo, da quase nulidade de si própria que o esforço para amamentar em horário integral, à vontade do bebê, pode lhes causar.

Atualmente é inegável o valor do aleitamento materno, do ponto de vista biológico, relacional e também cultural. Há, inclusive, uma supervalorização da amamentação, mais especificamente, da amamentação natural. Do mesmo modo que é importante se considerar o valor do leite e da amamentação para o desenvolvimento físico e emocional do bebê, faz-se mister considerar que às vezes isso é mais importante do que a mulher que existe “por trás do seio”. A supervalorização do aleitamento materno pode construir uma associação indubitável entre a boa mãe e a capacidade de amamentar um bebê. Por causa disso, muitas mulheres hoje que não conseguem amamentar se sentem tão frustradas e incapazes que isto pode atrapalhar na própria relação com o bebê (Kruel & Souza, 2014).

De acordo com Assis (2004, p. 60), a amamentação é, muitas vezes, “idealizada, ‘divinizada’, as mães são consideradas ‘santas’ que seguram ‘anjos’ ao colo (como aparecem nos quadros renascentistas)”. Tal idealização pode provocar um clima de tensão em mulheres que não se parecem com essa “divindade” e nem seus filhos parecem “anjos”. Do mesmo modo, essa ideia representa o senso comum de que para a mulher é muito simples, natural e fácil amamentar, como se não precisasse de um período de adaptação entre o momento que o bebê nasce até que ele mame de forma satisfatória e sem provocar tanta dor em sua mãe – essa adaptação é tanto física como psíquica, conforme vimos.

O contexto cultural que determina as diretrizes da pediatria e da saúde pública, bem como engendra no senso comum ideais acerca da “boa amamentação”, possui diferentes coloridos ao longo da história. Mais especificamente no Brasil, essa história tomou um rumo mais científico e político principalmente a partir da década de 70 do século passado, onde se iniciou um movimento higienista de retomada da amamentação como forma preferencial de alimentação da criança pequena, em detrimento da utilização indiscriminada de leites artificiais. Dentro deste cenário, a mulher que não conseguia amamentar era

considerada responsável pelos prejuízos na saúde de seu filho e culpada pelo desmame precoce (Silva, 1996; Almeida & Novak, 2004).

Atualmente, a UNICEF⁴ preconiza duas diretrizes principais para o “sucesso” do aleitamento materno: ele deve ser exclusivo até no mínimo 06 meses e feito sob a lógica da livre-demanda, na qual quem regula os intervalos e a duração das mamadas é o bebê. A UNICEF coloca que é obrigação do governo que as informações acerca do aleitamento materno sejam disponibilizadas para a população.

Dentre estas informações, existem algumas que falam das possíveis dificuldades que algumas mães podem ter no início da amamentação, em relação às mamas: fissura ou rachadura, ingurgitamento e mastite. O modo como elas poderiam fazer para ajustar a amamentação, segundo as recomendações da UNICEF⁵, seria melhorar a “pega” do seio pela boca do bebê e a “posição” que a mãe deveria colocá-lo para que ele “pegue” melhor. Após ajustados tecnicamente no seio, mãe e bebê desfrutariam do prazer do aleitamento materno, pois assim a mãe não sentiria dor e o bebê ficaria saciado.

A maioria das mães que tem essas dificuldades iniciais de “ajustamento técnico” conseguem, após terem sido orientadas por alguém que já amamentou ou algum profissional de saúde especializado, amamentar com sucesso. De acordo com a UNICEF, os apoiadores das mães são: o pai da criança, a família, os amigos, os agentes de saúde, as organizações femininas, a mídia e os empregadores. Com o apoio destes atores sociais, essas mães conseguiriam passar pelo período de adaptação da amamentação, com suas dificuldades inerentes ao processo, e seguir amamentando.

Entretanto, a dimensão psíquica existente na amamentação coloca às vezes entraves subjetivos mais difíceis de serem manejados somente pelo auxílio técnico da “pega” e da “postura” adequadas. Muitas vezes, a dor sentida por algumas mulheres aponta para a existência de angústias de outra ordem, inconsciente, e tem a ver com a experiência da maternidade, em toda a sua complexidade psíquica. No próximo item discutiremos sobre o que o bebê, em sua dependência absoluta das primeiras semanas, provoca na mãe.

⁴ Fonte: https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10003.htm

⁵ Fonte: https://www.unicef.org/brazil/pt/br_kit_fbf_album2_2013.pdf

4.2

O que o bebê causa na mãe

Para a mulher que acabou de dar à luz, os primeiros dias após o nascimento são de intensa transformação. O centro de gravidade antes em equilíbrio sofre uma transição (de dentro para fora) e causa uma sensação de descentramento na mulher, pois o bebê não está mais dentro de seu ventre, agora se encontra em seus braços. Outra sensação estranha tem a ver com as modificações corporais abruptas – o seu corpo não é mais o mesmo da gravidez, mas também não retorna ao que era antes de engravidar, o que a faz ter que ajustar-se ao novo corpo e às novas funções, que incluem o manejo com o bebê, principalmente em relação ao aleitamento.

Segundo Szejer e Stewart (1997), nesse momento de desequilíbrio a mulher se encontra em um estado de fragilidade psíquica, já reconhecido por Winnicott como de sensibilidade aumentada, o qual produz um carrossel de emoções, desde as mais sublimes até as mais conflituosas. Segundo Bydlowski e Golse (2002), a transparência psíquica da gravidez continua na preocupação materna primária, provocando intensas possibilidades de contato íntimo da mulher com seu Eu mais arcaico, o “bebê menina” que ela foi, engendrando o processo de identificação necessário para entrar em contato com sua cria, em seu estado de dependência absoluta, onde reina a onipotência total que o faz justamente “criar” o seu mundo – nesse momento tudo é subjetivamente percebido, daí o encontro com o seio inicialmente ser sentido como uma construção sua.

O bebê, com seu modo arcaico de ser no mundo, causa uma sensação de estranhamento em nós, adultos. Mas ele também nos provoca a sensação de semelhança, de familiaridade, pois é humano. O fato é que várias são as reações possíveis diante do contato com o bebê, principalmente quando ele acabou de nascer (Aragão, 2008).

Segundo Aragão (2008), nos primeiros encontros com o bebê, a mãe sente um misto de várias emoções, desde as mais amorosas às mais horríveis, ligadas ao contato com o “eu arcaico” do bebê, que fascina e repulsa ao mesmo tempo, e à revivescência do seu próprio “eu arcaico”. Do mesmo modo, a construção do vínculo da mãe com o bebê é uma história de “encontros e desencontros, de claridades e opacidades, de harmonias e desarmonias” (Guerra, 2011, p. 281).

O bebê pode ser tanto o “salvador” quanto o “vilão”, pois está relacionado ao narcisismo parental, tanto em sua grandeza quanto em suas feridas. Isso acontece por causa do lugar de desconhecido do bebê, que sofre projeções na tentativa de ser representado, conhecido, transformado em familiar (Aragão, 2008).

A experiência de “inquietante estranheza” é provocada pela presença do bebê, que em seu funcionamento essencialmente sensório-motor, sem palavras, se comunica com uma parte muito esquecida da mãe, a qual tem a ver com o seu “eu arcaico” (Aragão, 2008).

Guerra (2013) cria o termo “complexo do arcaico” para falar das mudanças que se operam no psiquismo materno a partir do encontro com o bebê. Isso acontece por causa da forma de comunicação e de funcionamento do bebê ser indecifrável pelo referencial linguístico, o que indica que ele se encontra em um mundo pré-linguístico, por isso é denominado *infans* (sem fala). A comunicação que se estabelece com o bebê por parte da mãe ou do adulto cuidador requer um esforço psíquico especial, donde as palavras são trocadas pela enunciação, pela melodia da voz, pelo movimento que se dá na aproximação e no distanciamento entre os corpos – é um tipo de comunicação mais primário, donde importa mais a condição afetiva da enunciação do que o conteúdo da mensagem. Por isso,

Quem cuida de um bebê coloca “em suspenso” sua identidade adulta e se sente muito vulnerável quanto à imagem de si mesma, que torna-se dependente de seus acertos ao “traduzir” as necessidades e desejos e conseguir acalmar os momentos de angústia do bebê (Guerra, 2013, p. 41).

A interpretação dos gestos, atos e choros do bebê pela mãe pode ser considerada uma “violência necessária” – uma vez que ele, em seu desamparo fundamental, recebe do outro cuidador palavras e signos que não são seus –, mas é uma das condições para que o bebê seja humanizado (Aulagnier, 1975 apud Aragão, 2008).

Essa tradução do bebê faz parte do trabalho psíquico de transformação do bebê estranho em bebê familiar, tanto para a mãe e para o pai como para ele mesmo. Isto requer um confronto com a ambivalência, inevitável no encontro com o bebê, pois ele suscita tanto amor quanto ódio (Aragão, 2008).

Dedicar-se a um filho e ser responsável pelos “alicerces da saúde do ser humano” (Winnicott, 1985, p. 27) provoca grande tensão na mãe. A preocupação

exagerada com o desconhecido (não saber como amamentar, por exemplo) abala a possibilidade que a mulher teria de confiar em si própria, em seus processos naturais. O medo do desconhecido, tanto no parto quanto na amamentação, pode impedir que haja uma experiência de prazer para a mãe, ao invés disso, a dor inevitável presente nesses momentos pode ser intensificada e tomar conta de toda a cena (Winnicott, 1985). E aí a preocupação materna primária pode se intensificar, tornando o que seria uma preocupação “normal” em preocupação “excessiva”, com contornos paranoicos, ou poderiam surgir dificuldades em criar vínculo com o bebê, gerando culpa e sensação de incapacidade.

Apesar disso, existem alguns motivos pelos quais uma mãe pode também se satisfazer quando se dedica a cuidar de sua cria. É preciso que ela desfrute do seu próprio prazer em realizar esta tarefa tão árdua e exaustiva. Assim, se a dedicação a um filho pode ser assustadora, ela pode ser, ao mesmo tempo, maravilhosa. Winnicott elenca uma série de coisas pelas quais a mãe pode sentir prazer com a chegada de seu bebê, dentre elas: “com a sua concentração interior, quase enamorada de si própria”, “descobrimo coisas novas a seu próprio respeito” (Winnicott, 1985, p. 28); além disso, ele aponta inclusive que ela pode se divertir quando o bebê recusa seu leite na hora de mamar!

Da mesma forma, Winnicott coloca que há inúmeros motivos para que uma mãe odeie seu filho, dentre eles o fato de machucar seu seio quando mama vigorosamente e de mordê-lo inadvertidamente; ela também pode odiá-lo por causa da interferência que causa em sua vida, por passar a funcionar de acordo com o ritmo dele, exigindo uma adaptação árdua muitas vezes e desafiando seu modo de preocupar-se. Há ainda o fato de que o ódio não pode ser admitido, principalmente por causa da culpa social que isso acarreta. Em suma, nas palavras de Winnicott ([1947]1978, p. 350), “ele (o bebê) a excita, mas a frustra”, e é essa ambivalência que está na base do amor materno.

A forma de funcionamento do bebê pode ser sentida pela mãe como um domínio excessivo quando, por exemplo, ele reclama atenção urgente, exigindo um aplacamento imediato de seus incômodos, sem considerar o desejo de quem cuida. Guerra (2013) diz que esse é o bebê tirano, inconsolável, que pode causar um esgotamento na mãe.

Por tudo isso o processo de identificação com o bebê não é tão simples quanto pode parecer, pois acarreta na mãe uma sensação de vulnerabilidade,

demonstrando que ela também precisa de um cuidado do entorno (Guerra, 2013). Além disso, a identificação com o bebê pode reativar a sua história emocional, em nível consciente e inconsciente. “Reatualizam-se recordações, vivências de como ela própria foi tratada, cuidada ou não cuidada quando criança” (p. 42).

Bydlowski (2002) afirma que o cuidado da mãe ao bebê envolve a transmissão de partes de seu inconsciente – através de entonações, gestos e formas de consolar ela pode transmitir o medo do abandono e da solidão, por exemplo, os quais se ligam às representações internas calcadas no seu “eu arcaico”. Na compreensão da autora, quando o bebê vai mamar em seu seio, ela pode sentir medo de ser devorada, e “essa voracidade faz com que ela se recorde da grande boca da própria mãe... ela própria projeta sobre o bebe de hoje as ansiedades do bebe que ela foi” (Bydlowski, 2002, p. 210). Por isso a mãe experiencia com seu bebê conflitos e angústias de suas primeiras relações.

Essas memórias acessadas pela mãe se organizam como uma “estocagem de experiências”, as quais são pessoais, relativas a cada indivíduo; elas nascem dos “movimentos do corpo na vida intra-uterina” e da “quietude vivenciada naquele período” (Winnicott, 1990, p. 39). São as alterações fisiológicas ocorridas por causa da atividade, do repouso e das excitações locais ou gerais que a “fisiologia pode concentrar-se nas mudanças específicas relativas ao desejo e à ira, e também ao amor afetuosos, ao medo, ao luto e outros afetos que representam facetas de sofisticadas fantasias, fantasias específicas ao indivíduo” (Winnicott, 1990, p. 44).

Se considerarmos que amamentar é um processo constante de entrelaçamento entre o corpo e a psique da mulher, qualquer distúrbio psicossomático que apareça no momento da amamentação deve ser compreendido, segundo Winnicott (1990), a partir da Psicologia, estabelecendo conexões entre os problemas da psique e as partes do corpo relacionadas.

Como a psique “liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro uns aos outros, dá sentido ao sentimento de eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo” (Winnicott, 1990, p. 47), é através dela que se pode compreender os sentidos criados singularmente por cada mulher na vivência da amamentação. Para além das solicitações advindas do bebê, que é o ambiente para a mãe, cada mulher vai ser “capaz não apenas de se adaptar,

mas também de se recusar a se adaptar, e de se transformar numa criatura com algo que parece ser capaz de fazer escolhas” (Winnicott, 1990, p. 47).

Mas não é tão simples assim fazer escolhas num momento de extrema sensibilidade e dependência, a qual a mulher se encontra quando o bebê nasce. Segundo Winnicott (1990), por isso a mulher necessita de ajuda do entorno, de alguém que possa a auxiliar no período inicial de contato com o bebê, pois ela pode se sentir, justamente nesse período, “inclinada a **depender de alguém** e a ser sensível às opiniões de qualquer mulher importante que esteja perto... está, portanto, numa **posição difícil**” (p. 52, grifo nosso). Falaremos agora dessa posição de dependência que a mulher se encontra e de como é ainda mais difícil para a mulher contemporânea estar nesse lugar.

4.3 O encontro com a dependência

*Nossa cultura enaltece a ideia das mulheres capazes de “dar conta de tudo”, mas não questiona a premissa desse enaltecimento.
Chimamanda Ngozi Adichie*

Para a mulher contemporânea talvez seja ainda mais difícil estar na *posição de dependência*, uma vez que culturalmente exigimos muito de nós mesmas, pois além de cuidar da casa e da família, como nos tempos modernos, ainda temos aspirações pessoais e profissionais. A tese de Natália dos Santos (2017) investigou como a configuração da preocupação materna primária tem outras nuances atualmente, distintas daquelas que existiam quando foi pensada por Winnicott, no século passado. A partir de sua pesquisa, ela constatou uma intensificação de conflitos psíquicos em algumas mulheres no exercício da maternidade, principalmente no que se refere ao desvio de interesses que elas teriam que fazer no momento em que o bebê depende absolutamente dos seus cuidados, pois é difícil para elas “se lançarem por completo na aventura da maternidade” (p. 124), ou seja, vivenciar a fundo a experiência da dependência, tanto a do bebê quanto a sua.

Santos (2017) constatou que apesar de algumas mulheres terem uma sustentação ambiental relativamente boa, muitas vivenciam a experiência de desamparo presente no estado de preocupação materna primária de uma forma extremamente angustiante. O saber materno que adviria da profunda identificação da mãe com seu bebê nesse estado acaba não sendo suficiente para aplacar tal angústia: ou ele não chega a tempo ou o esforço de sair da posição de angústia e não saber não

dá conta para que a mulher possa, aos poucos, “ir se apropriando do conhecimento mútuo que emerge do relacionamento com o bebê” (p. 126).

Talvez aquele *desvio* de si mesma que Winnicott falava que a mulher teria que fazer no estado de preocupação materna primária seja ainda mais difícil de efetuar hoje, entretanto, a presença do pai nos cuidados primários com o bebê está cada vez mais efetiva, principalmente no desejo de algumas mulheres, sejam elas da classe média ou de classes mais baixas⁶. Esse foi mais um achado da pesquisa de Santos (2017), a qual observou que as mulheres

... esperam do companheiro uma postura proativa e participativa em relação ao filho de ambos... parece que elas não querem apenas dar ordens ou orientações a eles, mas anseiam que eles mesmos possam se envolver de tal forma nos meandros das relações iniciais com a criança que sejam capazes também, e a seu modo, de desenvolver uma sensibilidade capaz de colaborar com a mãe, especialmente nesses primeiros tempos de maior angústia, na empreitada de conhecer o bebê e responder adequadamente a seus estados de ser (p. 127).

Winnicott sempre esteve preocupado de modo específico com a relação que a mãe tem com o bebê pouco antes do parto e nas primeiras semanas e meses após o nascimento. Ele tentava chamar a atenção para a “imensa contribuição ao indivíduo e à sociedade que a boa mãe comum faz desde o começo, com seu marido dando suporte, e que ela faz simplesmente por ser devotada a seu filho” (Winnicott, 2005, p. 119).

Winnicott (2005) se perguntava se o não reconhecimento da mãe pela sociedade se devia ao fato justamente de sua contribuição ser imensa. Este autor queria dizer que há um valor de fato significativo no papel da “boa” mãe, que pode ser visto quando um homem ou uma mulher possuem o sentimento de ser uma pessoa no mundo, e para a qual o mundo tem significados. Mas esse valor é reconhecido de outra forma que não o agradecimento, nem os elogios dos filhos, mas o próprio fato de estes não sentirem tanto medo da dependência. Nas palavras de Winnicott (2005):

Se nossa sociedade retardar o reconhecimento pleno dessa dependência, que é um fato histórico no estágio inicial do desenvolvimento de cada indivíduo, haverá um bloqueio tanto no progresso quanto na regressão, um bloqueio que se baseia no medo. Se o papel da mãe for verdadeiramente reconhecido, então permanecerá um **medo vago da dependência**. Às vezes, esse medo toma a forma de um medo de MULHER, ou medo de

⁶ No entanto, para mulheres desta última classe talvez seja mais difícil que o desejo se torne realidade, pois ainda vemos muitas crianças “filhas da mãe” apenas, sem registro e filiação paterna.

uma mulher, e outras vezes vai assumir formas menos fáceis de reconhecer, mas que sempre incluem o **medo da dominação** (p. 119, grifo nosso).

Em um texto sobre a sexualidade feminina, Winnicott (1990) coloca que a posição da mulher na sociedade é dada desde que ela nasce, a qual aparece na forma como a menina brinca e sonha – em ter filhos, em se casar, em cuidar da casa e trabalhar (quando o trabalho não atrapalhar suas funções de mãe). O órgão genital feminino, a vagina, “torna-se provavelmente ativa e excitável no momento da amamentação e das experiências anais, mas o funcionamento genital feminino verdadeiro tende a permanecer oculto ou até mesmo secreto” (Winnicott, 1990, p. 64, grifo nosso). De acordo com Winnicott (1990), o elemento erótico genital feminino se liga à fantasia de “recolhimento”, de “segredo”. E é essa capacidade de “interioridade” que possibilita à mulher engravidar, se ela assim desejar.

Segundo Winnicott (1990), “o brincar da menina, na medida em que ela é verdadeiramente feminina, é do tipo que mostra uma tendência à maternidade” (p. 64). À época de Winnicott, pode ser que tal assertiva fosse de fato uma “verdade”, apesar de que já aí havia movimentos feministas contrários a esta constatação. De fato, até mesmo o próprio Winnicott (1990) declara o seguinte no mesmo texto em que escreveu tal afirmação: “nada exemplifica melhor a necessidade da perspectiva histórica na leitura da teoria analítica do que aquilo que se refere às raízes precoces da genitalidade feminina” (p. 64). E complementa, na página seguinte: “há duas décadas atrás a literatura psicanalítica dava a impressão de que não havia lugar, na teoria da psicanálise, para qualquer outra coisa sobre a genitalidade feminina que não a percepção da mulher como um macho castrado” (p. 65). Infelizmente não poderemos nos aprofundar nesta discussão, mas cabe apontar a necessidade premente de se pesquisar sobre a feminilidade de uma maneira não machista e de acordo com pressupostos feministas consistentes.

O que Winnicott (1990) trouxe talvez de relevante para a nossa discussão foi a compreensão das raízes pré-genitais da sexualidade, o que, no caso do funcionamento feminino, possui ainda um maior peso. De acordo com este autor, a capacidade que a menina tem de conhecer o interior de seu próprio corpo e do corpo da mãe deve ser levada em conta na descrição da sexualidade feminina.

Com isto, podemos pensar que a amamentação enfatiza a relação entre o interior do corpo da mulher e o contato de sua interioridade com a boca do bebê, como se este pudesse, no momento de sugar o leite materno, trazer para si o que

tem “dentro” da psique materna, a fim de começar a compor o seu próprio interior, com o colorido dos segredos femininos. Por isso Winnicott (2005) fala que tanto os meninos quanto as meninas, além de terem habitado o corpo materno quando foram geridos, mantêm uma ligação após o nascimento com o interior de suas mães, continuando a depender de uma *mulher* mesmo quando já não estão mais em seu ventre. Em suas palavras: “... a experiência de um bebê... no início envolve essa mulher porque a criança ainda não separou, do *self*, a mãe, o suprimento ambiental, o ‘segurar’, o alimentar e o manejar sensíveis. O *self* ainda não se diferenciou. Daí a dependência total” (Winnicott, ([1964]2005), p. 192).

A *mulher*, para Winnicott (2005), “é a mãe não-reconhecida dos primeiros estágios de vida de todo homem e de toda mulher” (p. 193) – ela não é sentida nem reconhecida porque no início o bebê ainda não é uma pessoa sem a mãe. E esta mulher ao qual todos somos dependentes no princípio condensa em seu interior três mulheres: o bebê menina, a mãe e a mãe da mãe (Winnicott, 1990).

Para que esse trio se constitua não é necessário que a mulher seja mãe, pois de acordo com Winnicott (2005, p. 193) “ela já começa sendo três”, “ela é bebê, mãe e avó; ela é mãe, bebê menina e bebê do bebê”. Já o homem começa sendo um só e possui um grande medo da *mulher*, por esta lhe lembrar da dependência absoluta que um dia ele experimentou. Entretanto, Winnicott (1990) também ressalta a bissexualidade presente em todo ser humano, sobretudo na fantasia e na capacidade para a identificação. Tanto o homem possui uma certa feminilidade quanto a mulher, masculinidade. Com isso, podemos pensar que apesar de o homem não poder “dar de mamar”, ele também pode “regredir” e acessar uma parte sua, arcaica, suscitada pela presença do bebê, a qual poderá ajudá-lo a se identificar com ele, pois ele já esteve no ventre de uma mulher – apesar do medo da dependência, é preciso enfrentá-lo, tal qual a mulher faz. Assim, faz-se necessário trazer ainda mais à tona esta questão em pesquisas, pois assim não incorreremos no erro de justificar tudo pelo plano biológico.

Winnicott (1990) observa que o que é ensinado comumente às grávidas é como libertar-se do medo do parto – e poderíamos acrescentar, da amamentação. Mas isto só poderia ser alcançado através de “instruções confiáveis, que tornam possível à mãe atingir um estado de relaxamento. A confiança pessoal em um médico e em uma enfermeira continua sendo o amparo mais importante da mãe, embora nem sempre isto seja mencionado” (Winnicott, 1990, p. 38).

Entretanto, Winnicott (1990) observa que as mães temem que as instruções de qualquer ordem estraguem seu prazer e sua experiência criativa em torno da preocupação com o bebê, o que, para este autor, é o elemento essencial que conduz à satisfação e ao crescimento. Winnicott (1990) então diz que a mulher, além de precisar de profissionais de saúde confiáveis, também precisa da “devoção de um marido, e de experiências sexuais satisfatórias” (p. 121), ou seja, ele não exclui a experiência sexual da maternidade, e nem exclui o pai do bebê, que pode igualmente dedicar-se aos cuidados com o bebê, entretanto, o aleitamento materno, por necessitar de uma dependência corporal da mulher, pois é ela que detém o seio, se torna ainda mais desafiador e requer um cuidado por parte do entorno que não a julgue e que não queira tomar o seu lugar.

Para que a mulher vivencie o processo de conhecimento que acontece quando ela experiencia a maternidade, é preciso que ela se sinta livre para agir naturalmente, ou seja, à sua própria maneira, sem necessariamente seguir o que lhe dizem as pessoas, os profissionais ou os livros. Winnicott afirma que para que ela possa fazer isso de maneira tranquila, para que ela se sinta à vontade, o pai precisa ajudá-la. Sua ação seria no sentido de criar um espaço para que a mãe circule do seu jeito, sem ter que se preocupar com o que está além dela e do bebê, pois ela está com sua atenção voltada para o “interior do círculo formado por seus próprios braços, no centro do qual está o bebê” (Winnicott, 1985, p. 27).

Na concepção de Winnicott (1990), todos nós, tanto os que trabalham com a perinatalidade, quanto a sociedade como um todo, devemos realizar um trabalho coletivo de cuidado à mulher que se torna mãe, no sentido de ampará-la enquanto ela está carregando, sustentando e amamentando seu bebê. Ainda mais atualmente, que a liberdade individual e as múltiplas exigências à mulher (ser mãe, profissional, cuidar de si mesma, da casa, família, etc.) podem intensificar ainda mais os conflitos e angústias da maternidade. Para Santos (2017), a responsabilidade dos profissionais de saúde, e eu me incluo, ainda é maior, pois nós podemos “colaborar para que as mulheres possam se libertar dos imperativos superegóicos relativos a uma maternidade idealizada, abrindo-se para a possibilidade de se inventarem enquanto mulheres e enquanto mães” (p. 128).

5 Considerações finais

Nas próximas semanas desse início de maternidade, seja boa com você mesma. Peça ajuda. Espere ajuda. Isso de Supermulher não existe. Criar os filhos é questão de prática – e de amor.

Chimamanda Ngozi Adichie

Amor, para Winnicott ([1958]2011), tem a ver com segurança, com aceitação de quem se é, com a existência física e psíquica, com necessidades primitivas (de alimento, de calor, de sustentação), com relações onde se pode dar e receber afetos, com a sensação de se sentir integrado, e, por fim, “amar significa cuidar da mãe” (p. 20).

A mulher que faz a opção pelo aleitamento materno, sendo esta uma escolha mais ou menos regulada pelas exigências culturais, enfrenta dificuldades inerentes ao processo, as quais em alguns casos só podem ser resolvidas se ela é cuidada por alguém que possa criar condições favoráveis para que ela sinta confiança em si mesma.

Atualmente, o saber que constrói o “ser mãe” e o “ser pai” está cada vez mais cerceado pelo conhecimento especializado, eminentemente informativo e generalizante. “São dicas, conselhos, procedimentos e passo-a-passos que procuram conduzir os responsáveis por aquilo que se tornou uma grande empreitada: a criação de filhos” (Tomaz, 2016, p. 197).

Como vimos, a mulher, ao se tornar mãe, experimenta emoções profundas, as quais remontam outro tempo, bem antigo, de quando foi cuidada pela sua própria mãe. As experiências vivenciadas nesse tempo são inconscientes, mas permanecem influenciando no tempo presente o modo que a mulher vai construindo sua posição de mãe. E cada mulher vivencia situações diferentes, coloridas de distintos afetos, os quais serão reatualizados no processo de se tornar mãe. O reconhecimento da singularidade de vida de cada mulher e das suas possibilidades subjetivas faz parte de um cuidado atento e voltado para as necessidades dela, e não por causa de uma norma ou vontade do agente cuidador (Assis, 2004).

Entretanto, segundo Winnicott (1990), algumas mulheres, por exemplo, tem um *timing* diferente, não conseguem lidar com a inexistência de uma forma definida, por isso precisam de uma programação rígida, baseada em marcações

rigorosas comandadas pelo relógio, para não serem avassaladas pelo aborrecimento. Para essas mulheres, o passo-a-passo pode ser importante para que a angústia da incerteza e do “não saber” a afastem ainda mais do bebê. Pode ser que elas precisem disso por um tempo, assim como alguns bebês às vezes precisam da mamadeira para se proteger das projeções maternas, mas depois que elas amenizam, podem voltar para um seio mais tranquilo.

Em uma pesquisa⁷ realizada no Banco de Leite Humano (BLH) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), intitulada “Sentidos do cuidado à amamentação: limites, paradoxos e complexidade” (Moura; Caldas, 2016), compreendemos, com o aporte teórico de Winnicott, o quanto é essencial o papel do profissional para amparar a mulher em suas dificuldades iniciais no relacionamento com seu filho, não para ensiná-la simplesmente a técnica do aleitamento materno, mas para mediar a “comunicação” que se dá entre a mãe e o bebê.

De acordo com Winnicott, a capacidade da mãe para compreender seu filho melhor que ninguém, de uma forma natural, instintiva, por assim dizer, não há como ser ensinada. Entretanto, Winnicott (1985) nos diz que para que a mulher possa decidir o que é bom para ela e seu filho ela precisa estar “informada quanto aos fatos e educada quanto às necessidades” (p. 197). Este autor considera que o problema nos serviços de saúde é que muitas vezes os profissionais não confiam nessa capacidade da mãe.

Apesar disso, Winnicott (1990) considera o quanto os profissionais são vitalmente importantes para a mãe, pois eles podem ajudá-la em um momento em que ela se encontra inteiramente esgotada e sensível. É a partir da técnica que eles aprenderam que eles serão capazes de reconhecer a função que é da mãe e apenas ela pode executar: “tudo o que a enfermeira pode fazer nesta situação é fornecer as condições em que a mãe pode se colocar com o máximo de sua sensibilidade. O que a mãe necessita é da chance de ser natural e de encontrar o seu caminho junto com o bebê...” (p. 125).

⁷ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, CAAE: 45779015.3.0000.5269. Os resultados ainda não foram publicados, mas se encontram disponíveis no banco de monografias da Biblioteca do IFF/Fiocruz.

Os resultados da pesquisa mencionada acima nos mostraram que as principais demandas para atendimento a dificuldades no processo de aleitamento materno atendidas no BLH se referem à angústia suscitada pelo “não saber” amamentar. Os profissionais do BLH consideram que muitas mulheres não dão continuidade ao aleitamento por causa da culpa que elas mesmas se impõem para que elas saibam como e o que fazer, como se o seu modo mais natural, apontado por Winnicott, estivesse reprimido pelo desejo de perfeição, pela capacidade de realizar a técnica mais adequada (Moura; Caldas, 2016).

Nesta pesquisa, concluímos que o aleitamento materno tem seus limites: nem sempre a amamentação acontecerá de acordo com o ideal, nem com a vontade. Às vezes é preciso lidar com as ambiguidades de sentimentos, com a realidade do corpo, com as impossibilidades reais do processo de amamentação (Moura; Caldas, 2016). Colocamo-nos então a seguinte questão: será que para lidar com algumas dificuldades da amamentação ligadas mais precisamente ao que o bebê suscita de suas partes infantis, a intervenção do profissional deveria ser mais no sentido de um cuidado da mulher em sua “parte bebê”?

Segundo Winnicott, se os profissionais aconselham a mãe sobre a forma de dar de mamar ao bebê, eles estão tratando, além da técnica, da intimidade entre a mãe e o bebê, por isso “estarão pisando em solo perigoso, pois nem a mãe, nem o bebê, precisam de conselhos. Em vez de conselhos, eles precisam de recursos ambientais que estimulem a confiança da mãe em si própria” (Winnicott, 2012, p. 22).

Winnicott (2012) considera ser de suma importância garantir um ambiente sustentador para a mãe, após ter observado inúmeros casos de mulheres que lutavam para que o seu seio desse leite ao bebê, exercendo sua função, mas sem sucesso – isso porque a natureza de seus impedimentos não era uma questão meramente técnica, mas inconsciente, a qual escapava ao controle consciente. Por isso, Winnicott coloca que no início da amamentação “a mãe é incapaz de amamentar através de um esforço deliberado. Ela precisa aguardar as suas próprias reações, ou, por outro lado, as suas reações podem ser tão intensas que ela mal consiga esperar pelo bebê...” (2012, p. 22).

A partir de Winnicott, podemos pensar que o cuidado essencial “... constitui a mais simples de todas as experiências, a que se baseia no contato sem atividade e que cria as condições necessárias para que se manifeste o sentimento

de unidade entre duas pessoas, que de fato são duas, e não apenas uma” (2012, p. 5). A experiência do tempo de espera aqui é importante, da espera para a manifestação do sentimento de ser, de continuidade da existência. Quando a mãe sente que o bebê precisa ser “tomado nos braços”, sustentado, envolvido, ela assim o faz, mas a mãe também precisa disso, principalmente quando não sabe o que fazer, pois está sem saber como *segurar* a si mesma, seu “bebê de dentro”. O pai do bebê pode sustentá-la ou quem estiver ao seu lado. Ou os profissionais, quando o ambiente familiar for intrusivo demais ou quando ele não der conta de sustentar tudo.

Winnicott ([1957]2011, p. 156) considera que a mãe saudável é aquela que possui certa maturidade, sendo capaz de ser responsável por suas decisões. Além disso, ela consegue se entregar ao seu estado de dependência temporariamente. As mulheres “saudáveis” psiquicamente conseguem aproveitar o conhecimento que os profissionais lhe transmitem, já aquelas emocionalmente imaturas, deprimidas, ansiosas, desconfiadas ou simplesmente confusas, não se sentem seguras com nenhuma informação – “se a mãe normal carece de instrução, a doente carece de segurança” ([1957]2011, p. 158). A mãe considerada “doente” por Winnicott precisa de um cuidado especial por parte da profissional, pois ela pode testar a sua tolerância ou entrar em um estado maníaco difícil de ser contido. Nesse caso, a profissional teria que ter um “bom senso”, fazendo “frente às necessidades com ações apropriadas ou uma estudada passividade” ([1957]2011, p. 158).

Entretanto, entre os dois extremos – da mãe saudável e da mãe adoecida – há um leque de possibilidades. Além disso, a própria condição em que a mulher se encontra no processo de vir a ser mãe faz com que mesmo a mais emocionalmente madura precise de cuidado, consideração, incentivo e familiaridade para sentir-se segura para iniciar seu caminho junto ao bebê.

Winnicott coloca que para aquelas mães que tiverem sofrido carência ou privação na infância pode ser que o cuidado de um profissional seja imprescindível, pois talvez ela “seja incapaz de permanecer sozinha e dar a seu bebê aquele tipo de cuidado de que ela mesma está precisando” (Winnicott, [1957]2011, p. 162).

Winnicott (1985) afirma ser muito importante considerar, no cuidado à mulher que quer amamentar, a capacidade positiva da mãe em insistir na amamentação, mesmo que esteja passando por dificuldades, pois para ela o êxito

nessa função ratifica sua posição de mãe, em sua mais elementar função de “dar vida”: a alimentação. Entretanto, o êxito na amamentação não exclui a existência de outros problemas, inclusive não é esse o ponto a ser enfatizado. Não se intenta excluir as dificuldades, mas, ao contrário, fazê-las falar em sua própria existência. Nas palavras de Winnicott (1985):

... o êxito significa que teve início uma experiência de relações muito mais rica e intensa e, com ela, uma oportunidade maior e não menor para que o bebê revele sintomas de que estão sendo enfrentadas as dificuldades inerentes – e realmente importantes – que acompanham a própria vida e as relações humanas (p. 60).

Existem algumas dificuldades particulares de cada mulher, entretanto, que por mais que ela se esforce positivamente, o sofrimento acaba impedindo que a palavra circule, aí nem ela e nem o bebê conseguem se comunicar – o bebê pode perder peso abruptamente e sem explicação e a mãe pode sofrer de uma mastite severa, por exemplo, o que afasta ambos do contato através do aleitamento materno. Tais dificuldades podem ser devido a uma grande questão pessoal da mãe, por causa de seus próprios conflitos internos, ligados às experiências mais primitivas da vida – de seu tempo como bebê.

Winnicott (2012) diz que nesses casos seria um erro forçar o aleitamento materno, pois ele deve, até certo ponto, fracassar... será que a mãe, não tendo sido nutrida suficientemente bem, tem dificuldade em compartilhar seu mundo interno com o seu bebê? Não amamentar seria uma tentativa da mãe em proteger seu filho do seu mundo interno despedaçado/esvaziado? E/ou seria uma forma de manter-se inteira, para se manter viva, para não deprimir, diante da exigência de identificação e de comunicação arcaica com o bebê?

Se quando a mulher amamenta ela dá algo de si para seu bebê, podemos nos perguntar: mas e quando essa parte do “corpo” da mãe está ameaçada de extinção ou nem chegou a existir? Esse algo que ela poderia dar através de seu seio, no fluxo de seu leite, aquilo que se conecta com suas partes infantis. É possível, então, a partir da experiência da maternidade, reconstituir esse *elo* perdido para que se possa “re-formar” mais do que uma imagem do seio, sua própria consistência? Será que a “primeira mamada teórica”, por ser um processo criativo de construção do mundo para o bebê pode funcionar como um processo de re-construção psíquica para a mãe? Será que os elementos para essa construção

não seriam tão somente aqueles advindos do seio de sua mãe, mas do seio que ela pode criar junto ao seu bebê, o qual será por ele investido? Será que é isso que acontece quando o bebê precisa passar um tempo a mais no seio de sua mãe, nutrindo-o daquilo que ela mesma não teve? Talvez, nesse processo, a dor possa ser suportável, no limite da criação.

Zornig (2010), apoiada em Stern, afirma que “o nascimento de um filho produz uma mudança irreversível no psiquismo parental, podendo, inclusive, auxiliar na retificação de sua história infantil”. As questões que estamos deixando em aberto ao final dessa dissertação indicam que essa “retificação” possa se dar através da amamentação, mais especificamente, através do aleitamento materno, pois trazem a dimensão da inscrição dos afetos, ao nível das experiências primitivas.

6

Referências bibliográficas

ALMEIDA, J. P. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. In: **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5(supl), 2004, p. 119-125.

ARAGAO, R. O. **A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê**. 2007. Dissertação de Mestrado. Pós-graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP. São Paulo, 2007.

_____. Quem é esse bebê, tão próximo, tão distante? In: ATEM, L. M. (Org.). **Cuidados no início da vida: clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 179-188.

ASSIS, M. B. A. C. Mãe e bebê: encontros e desencontros. In: CIAMPO, A. D.; RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N. **Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004, p. 55-72.

BUSNEL, M. C. A Sensorialidade do Feto. In: FILHO, L. C.; CORREA, M. E. G.; FRANÇA, P. S. (orgs.). **Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até 3 Anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê**. Brasília: L. G. E., 2002, p. 299-322.

BYDLOWSKI, M. O Olhar Interior da Mulher Grávida: Transparência Psíquica e Representação do Objeto Interno. In: FILHO, L. C.; CORREA, M. E. G.; FRANÇA, P. S. (orgs.). **Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até 3 Anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê**. Brasília: L. G. E., 2002, p. 205-214.

BYDLOWSKI, M.; GOLSE, B. Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma via de objetualização. In: FILHO, L. C.; CORREA, M. E. G.; FRANÇA, P. S. (orgs.). **Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até 3 Anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê**. Brasília: L. G. E., 2002, p. 215-220.

CADONÁ, E.; STREY, M. N. A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. In: **Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 477 - 499, Aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2014000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2014000200005>.

CUNHA, I. Neurobiologia do Vínculo. In: FILHO, L. C.; CORREA, M. E. G.; FRANÇA, P. S. (orgs.). **Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até 3 Anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê**. Brasília: L. G. E., 2002, p. 353-387.

FELICIANO, D. S. **Para além do seio: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê, a partir da escuta dos sentidos ocultos nas dificuldades de**

amamentação, como auxiliar no desenvolvimento. 2009. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia – Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, 2009. 150p.

FELICIANO, D. S.; SOUZA, A. S. L. Para além do seio: uma proposta de *intervenção psicanalítica pais-bebê* a partir de dificuldades na amamentação. **Jornal de Psicanálise**: 44 (81), 145-161. São Paulo, 2011.

FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1969. vol. VII, p. 129-256.

_____. (1914). À guisa de introdução ao narcisismo. In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente** – Rio de Janeiro: Imago, 2004. vol. 1, p. 95-131.

_____. (1923). “Psicanálise” e “Teoria da Libido”. In: **Obras Completas** – Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2011. vol. 15, p. 245-276.

GUERRA, V. O ritmo na vida psíquica: entre perda e re-encontro. In: ZORNIG, S. M. A-J.; ARAGAO, R. O. (orgs.). **Nascimento**: antes e depois – cuidados em rede. Curitiba: Honoris Causa, 2011, p. 279-294.

_____. A ética dos cuidados: o complexo arcaico e a estética da subjetivação. In: MARIN, I. K.; ARAGÃO, R. O. (orgs.). **Do que fala o corpo do bebê**. São Paulo: Escuta, 2013, p. 37-48.

GOLSE, B. **O ser-bebê**. Tradução: Margarida Cabral Fernandes. Lisboa: CLIMEPSI, 2007.

_____. O autismo infantil, a intersubjetividade e a subjetivação entre neurociências e psicanálise. In: **Do que fala o corpo do bebê**. Isabel Kahn Marin, Regina Orth de Aragão (organizadoras). São Paulo: Escuta, 2013.

GÓMEZ, M; MAIA, M.S. Amamentação: contextualização histórica e processos de subjetivação. In: **Do que fala o corpo do bebê**. Isabel Kahn Marin, Regina Orth de Aragão (orgs.). São Paulo: Escuta, 2013.

KHAN, M. Introdução. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Tradução: Davi Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

KRUEL, C. S.; SOUZA, A. P. R. Aleitamento materno e cuidado: uma proposta winnicotiana. In: **Distúrb Comum**. São Paulo, 26(1): 176-186, março, 2014, p. 176-186.

LEBOVICI, S; SOLIS-PONTON, L.; MENENDEZ, J. A. B. A árvore da vida ou a empatia metaforizante. In: SOLIS-PONTON, L.; SILVA, M. C. P. (orgs.). **Ser pai, ser mãe**: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 41-46.

LOPARIC, Z. Winnicott: uma psicanálise não edipiana. In: **Revista Percurso**, n. 17 - 2/1996, p. 41-47.

MIDDLEMORE, M. P. **Mãe e filho na amamentação**: uma analista observa a dupla amamentar. Tradução: Mário Pacheco de Almeida Prado. São Paulo: IBREX, 1974.

MISSIONIER, S. Psicanálise da sucção, clínica da chupeta. In: **Nascimento**: antes e depois – cuidados em rede. Curitiba: Honoris Causa, 2011, p. 65-93.

_____. O início da parentalidade, tornar-se mãe, tornar-se pai. As interações dos pais e da criança antes do nascimento. In: SOLIS-PONTON, L.; SILVA, M. C. P. (orgs.). **Ser pai, ser mãe**: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 115-122.

MONTAGU, A. Amamentação. In: **Tocar**: o significado humano da pele. Tradução: Maria Sílvia Mourão Netto. São Paulo: Summus, 1988, p. 80-102.

NAFFAH NETO, A. Winnicott: uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 433 - 454, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302005000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2018.

OGDEN, T. H. Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In: **Esta arte da psicanálise**: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PLASTINO, C. A. **Vida, criatividade e sentido no pensamento de Winnicott**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

SANTOS, N. D. T. G. **Preocupação materna primária**: condições de instauração e seus desafios na atualidade. 2017. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2017, 137f.

SILVA, I. A. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30, n. 1, p. 58-72, abr. 1996.

STERN, D. N. **A constelação da maternidade**: o panorama da psicoterapia pais/bebê. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SYMINGTON, J. A observação do lactente. In: LACROIX, M. B; MONMAYRANT, M. (Orgs.). **Os laços do encantamento**: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações. Trad.: Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 17-32.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento. Tradução: Maria Nurymar Brandão Benetti. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TOMAZ, R.O. **Vendem-se conselhos: poder pastoral, mídia e maternidade**. Rizoma, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 196, agosto, 2016.

WINNICOTT, D. W. **Apetite e perturbação emocional**. (1936). In: **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Trad.: Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978, p. 111-138.

_____. **O ódio na contratransferência**. (1947). In: **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Trad.: Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978, p. 341-354.

_____. **Psicose e cuidados maternos**. (1952). In: **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Trad.: Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978, p. 375-388.

_____. **Preocupação materna primária**. (1956). In: **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Trad.: Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978, p. 491-498.

_____. **A contribuição da psicanálise à obstetrícia**. (1957). In: **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 153-164.

_____. **O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional**. (1958). In: **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 3-20.

_____. **O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê**. (1960). In: **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 21-28.

_____. **A amamentação como forma de comunicação**. (1968). In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. **O brincar e a realidade**. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **A criança e o seu mundo**. Tradução: Álvaro Cabral. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. **Natureza humana**. Tradução: Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

_____. **Tudo começa em casa**. Tradução: Paulo Sadler. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Os bebês e suas mães.** Tradução: Jefferson Luiz Camargo. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.