

A PSICANÁLISE COMO ALICERCE NO CUIDADO À MATERNIDADE ATÍPICA: DESAFIOS, ACOLHIMENTO E RESSIGNIFICAÇÃO

Aluna: Ma. Hamanda Gelça Araújo Costa Saldanha
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Regina Rocha Mariscal Vargas

RESUMO

Este artigo discute como a psicanálise pode sustentar, clínica e eticamente, o cuidado à maternidade atípica — entendida aqui como a experiência de maternar crianças com deficiências, condições crônicas, prematuridade ou necessidades complexas de cuidado. Usando referências clássicas (Winnicott e Bion) e literatura brasileira recente, argumenta-se que a escuta psicanalítica oferece um campo de elaboração do luto pelas idealizações, de manejo da culpa e da ambivalência, e de construção de uma identidade materna suficientemente boa em contextos de alto estresse. Articulam-se os conceitos de ambiente facilitador, sustentação (holding), manejo (handling) e apresentação de objeto (Winnicott), bem como função alfa, rêverie e continente–contido (Bion), com evidências e debates contemporâneos sobre idealizações da maternidade e redes de apoio. Apontam-se implicações clínicas (setting mãe-bebê, interconsulta, rede intersetorial), limites e indicações de cuidado compartilhado com a psiquiatria quando necessário.

Palavras-chave: Psicanálise. Maternidade atípica. Saúde mental perinatal. Holding. Rêverie.

ABSTRACT

This article discusses how psychoanalysis can clinically and ethically support the care of atypical motherhood—understood here as the experience of mothering children with disabilities, chronic conditions, prematurity, or complex care needs. Using classic references (Winnicott and Bion) and recent Brazilian literature, it argues that psychoanalytic listening offers a field for processing grief over idealizations, managing guilt and ambivalence, and constructing a sufficiently good maternal identity in high-stress contexts. The concepts of facilitating environment, holding, handling, and object presentation (Winnicott), as well as alpha function, rêverie, and container-contained (Bion), are articulated with contemporary evidence and debates on idealizations of motherhood and support networks. Clinical implications (mother-baby setting, interconsultation, intersectoral network), limits, and indications for shared care with psychiatry when necessary are pointed out.

Key words: Psychoanalysis. Atypical motherhood. Perinatal mental health. Holding. Rêverie.

1. INTRODUÇÃO

A maternidade é um acontecimento biográfico denso, que reorganiza tempos, vínculos e expectativas. Quando atravessada por diagnósticos inesperados, hospitalizações precoces, necessidades especiais ou dependência tecnológica do bebê, a experiência adquire contornos atípicos, trazendo lutos pelas idealizações, sentimentos de insuficiência, sobrecarga e,

frequentemente, isolamento social. Nesses contextos, a clínica psicanalítica pode funcionar como alicerce: um espaço de acolhimento da ambivalência e de ressignificação do materno — não para “normalizá-lo”, mas para tornar pensável o que, de início, é vivido como excesso.

No campo brasileiro, estudos qualitativos sobre puerpério e redes de apoio mostram a fricção entre idealizações e vivências efetivas, e como o suporte social atenua sofrimento e vulnerabilidade (CAMPOS; FÉRES-CARNEIRO, 2021). Em perspectiva psicanalítica, há propostas de escuta e acolhimento específicos à mulher que se torna mãe, com ênfase na transferência e na simbolização do traumatismo perinatal (PRATA; CINTRA, 2017). Ao mesmo tempo, a literatura crítica alerta para prescrições idealizadas de maternagem (conjunto de cuidados físicos e afetivos dedicados a uma criança) difundidas inclusive em leituras de psicanálise, pedindo um debate atento aos efeitos normativos desses discursos (SANTOS; MIRANDA; BELO, 2020).

A “maternagem atípica” é vivida por mães de crianças que possuem necessidades especiais, deficiências, síndromes ou transtornos diversificados. Ela envolve diversos desafios e vivências únicas que a diferenciam da maternidade “normal” ou “típica”. A teoria winnicottiana introduziu o termo “maternidade atípica”, no século XX, quando apresentou à comunidade científica da época os termos “*good enough mother*” ou “mãe suficientemente boa”, e “*primary maternal preoccupation*” ou “preocupação materna primária”

2. MATERNIDADE ATÍPICA: CONCEITOS CLÍNICOS E EXPERIÊNCIAS EFETIVAS

Maternidade atípica nomeia um campo heterogêneo: crianças com deficiência intelectual, TEA, síndromes genéticas, prematuridade/extrema prematuridade, cardiopatias e outras condições de cuidado contínuo. Em termos psíquicos, atravessam-se lutos cumulativos (pela gravidez idealizada, pelo parto imaginado, pelo “bebê saudável” fantasiado), experiências traumáticas (UTI neonatal, procedimentos invasivos) e ambivalências intensas entre amor, exaustão e irritação. Tais afetos não são patológicos por si; pedem espaço de sentido.

Pesquisas brasileiras sublinham o papel do apoio — instrumental e afetivo — como fator de proteção no pós-parto (CAMPOS; FÉRES-CARNEIRO, 2021) e recomendam intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas preventivas ainda na gestação (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

2.1 Alicerces psicanalíticos para o cuidado

2.1.1 Winnicott: ambiente e “mãe suficientemente boa”

O pediatra e psicanalista inglês Winnicott desloca o foco para a dependência absoluta do início da vida e para a importância do ambiente no amadurecimento emocional. O cuidado materno não se mede por perfeição, mas por uma adaptação suficientemente boa, que decresce com o tempo e sustenta a integração do *self* (eu) do bebê. Os gestos de sustentação (*holding*), manejo (*handling*) e apresentação do objeto (o mundo) compõem a base da saúde psíquica (WINNICOTT, 1983; 1975). Apresentar o objeto, em Winnicott, é o ato de oferecer o mundo ao bebê no exato “tempo emocional” dele — primeiro permitindo a ilusão de que o objeto é criado pelo próprio bebê, e depois, gradualmente, revelando sua alteridade para que ele possa usá-lo e habitar a realidade com confiança. Na maternidade atípica, tais tarefas exigem (re)invenções frente a terapias, rotinas hospitalares e tecnologias de cuidado; a clínica psicanalítica ajuda a diferenciar o que é exigência do tratamento e o que é ideal superegóico (moral) dispensável.

Em termos winnicottianos, o analista pode funcionar, transitória e simbolicamente, como elemento de ambiente facilitador para a dupla, ajudando a mãe a confiar na própria capacidade e a regular o grau de adaptação possível em condições reais (WINNICOTT, 1983).

2.1.2 Bion: rêverie, função alfa e continente-contido

O psicanalista britânico Bion descreve a transformação de experiências brutas (elementos beta) em pensamentos simbólicos (elementos alfa) via função alfa, apoiada, no início, pela rêverie materna: a capacidade de receber, metabolizar e devolver ao bebê — e, por extensão, ao paciente — os estados emocionais indigestos (BION, 2021; 1994). Na clínica com mães em contexto atípico, sobrecarga e hipervigilância podem saturar a rêverie, fazendo transbordar angústias sem nome. A análise oferece um continente para os afetos e narrativas, reinstaurando a possibilidade de pensar — condição para escolher, priorizar, pedir ajuda e brincar com o possível.

2.1.3 Crítica às idealizações e prescritivismos

A bibliografia recente identifica idealizações da maternidade em leituras de objeto-relações (e de suas apropriações midiáticas), com efeitos de culpabilização das mulheres. A análise de SANTOS; MIRANDA; BELO (2020) debate a visão da psicanalista Chodorow (1978) e propõe contrapesos teóricos, preservando a alteridade e a diversidade das configurações de cuidado. Para a clínica, isso implica suspender prescrições, trabalhar com o desejo real da mãe e sua rede de apoio, e deslocar a pergunta de “sou uma boa mãe?” para “o que é bom o suficiente aqui e agora, para mim e para meu bebê?”.

2.2 Do sofrimento à ressignificação: operadores clínicos

Operador clínico é um termo utilizado na psicanálise para designar os pontos utilizados para manejar a condução profissional. Para conduzir o processo de “sofrimento à ressignificação” de uma mãe atípica, ou seja, para ajudá-la a reinterpretar experiências dolorosas ajudando-a a amenizar seu sofrimento emocional e a lidar com as adversidades, seria interessante utilizar os seguintes operadores clínicos:

1. Nomear lutos e ambivalências: a mãe atípica, muita das vezes, precisa de auxílio para processar as perdas (diagnósticos, experiências traumáticas, etc.), daí se faz necessário que a mesma passe por um processo de entendimento da experiência vivida, a fim de ressignificar sua relação com o que foi perdido. Abrir espaço para dizer “não era assim que imaginei” legitima a dor e desarma a fantasia de fracasso (PRATA; CINTRA, 2017; CAMPOS; FÉRES-CARNEIRO, 2021).
2. Cuidar da mãe para que ela cuide: é importante que a mãe atípica receba o suporte necessário, a fim de que a mesma esteja em condições físicas e emocionais de cuidar de outros. Em Winnicott, o cuidado ao cuidador é parte do ambiente (WINNICOTT, 1983).
3. Transformar excesso em pensamento: a mãe atípica precisa de auxílio, principalmente clínico, para lidar com o “excesso” (angústia, trauma, sobrecarga, hipervigilância) e transformá-lo em “pensamento”, ou seja, em algo que possa ser simbolizado pela mesma. Via rêverie e interpretação, o indizível torna-se pensável (BION, 2021; 1994).
4. Reconhecer limites e partilhar cuidado: a mãe atípica precisa saber identificar suas próprias vulnerabilidades, passível de adoecimento e que precisa de autocuidado para poder cuidar do outro (filho). Entender que cuidar do filho também implica ter uma rede de apoio e colaboração

(família, profissionais, instituições) também é imprescindível. Quando há sinais de depressão grave, ideação suicida, risco psicótico ou esgotamento extremo da mãe atípica, indica-se articulação com psiquiatria e rede intersetorial (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

5. Apoiar a rede de apoio e o cotidiano: fortalecer os vínculos da mãe atípica no seu próprio meio social (família, amigos, vizinhos, grupos religiosos, dentre outros) é muito importante para o plano de cuidado com o filho. A clínica pode ajudar a negociar rotinas, convites e fronteiras com familiares, escolas e serviços, valorizando soluções “suficientemente boas” em vez de ideais.

2.3 *Setting* e dispositivos de cuidado

Quando traduzida do inglês para o português a palavra *setting* significa contexto. Neste trabalho devemos entender *setting* como o ambiente/cenário (físico social e simbólico) em que a mãe atípica vive com seu filho. Já os “dispositivos de cuidado” devemos entender como as estratégias utilizadas para possibilitar, manter ou restaurar a saúde e o bem-estar dessa mãe atípica. Citaremos aqui quatro dessas estratégias.

A primeira estratégia chamaremos de “*setting* mãe-bebê”. Tratasse de sessões que acolhem o bebê e suas demandas, permitindo observar brincadeiras, ritmos e apoios da dupla (mãe-bebê); o analista maneja interrupções sem colapsar a continuidade do encontro (WINNICOTT, 1975). O ambiente e as condições influenciam a relação e o desenvolvimento do bebê e da mãe atípica.

A segunda estratégia é a “flexibilização responsável”. Ela prioriza uma frequência e duração ajustadas ao regime de cuidados médicos, preservando regularidade mínima (holding temporal). Tal flexibilização permite eficácia e relevância à psicanálise, pois exige sensibilidade e compromisso ético clínico.

A terceira estratégia é a “interconsulta e alianças”. Trata-se da colaboração interdisciplinar entre profissionais a fim de se ter uma visão integral da saúde do paciente, no caso, da mãe atípica. Por exemplo, o diálogo com fisioterapia, fonoaudiologia, pediatria, escola e assistência social, com consentimento informado, para coerência do cuidado. Já “aliança” podemos entender como o vínculo de confiança entre paciente e analista, importante para o sucesso do tratamento.

A quarta estratégia são os “grupos de mães e psicoeducação”. Trata-se de espaços para pertencer e compartilhar estratégias entre mãe atípicas, esses grupos tem efeitos protetivos demonstrados nas redes de apoio (CAMPOS; FÉRES-CARNEIRO, 2021). Essa estratégia, se bem executada, pode oferecer suporte psicológico às mães e contribuir para o equilíbrio emocional das mesmas, diante dos desafios diários que elas enfrentam seus filhos atípicos.

2.4 Limites, ética e diretrizes de encaminhamento

A psicanálise não substitui tratamentos médicos, reabilitação ou medidas de proteção. Quando o sofrimento psíquico ultrapassa a capacidade de continência do *setting* (risco à vida, colapso de autocuidado, violência), a responsabilidade ética exige ampliar o dispositivo: avaliação psiquiátrica, eventual farmacoterapia, suporte de crise e proteção social. Alinhada à literatura citada, a prática responsável se define menos por pureza técnica e mais por responsividade ética ao contexto singular — um princípio coerente com a noção winnicottiana de ambiente e com a função de continência bioniana.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sustentar a maternidade atípica, em psicanálise, é assumir a heterogeneidade das experiências e trabalhar o possível: fazer caber ambivalências, transformar excesso em pensamento, e tecer redes de apoio para que a mãe atípica possa, a seu modo, ser suficientemente boa com seu filho e consigo.

Ao acolher, simbolizar e (co)construir sentidos, a clínica psicanalítica favorece a passagem do ideal impossível ao cuidado viável, singular e digno — um trabalho de resignificação no qual teoria e ética caminham juntas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. M. de C.; ARRAIS, A. R. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 36, n. 4, p. 847-863, 2016. DOI: 10.1590/1982-3703001382014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/6GpwkXtZv48W83M5cjCddrj/>. Acesso em: 01 set. 2025.

BION, W. R. **Aprender da experiência**. São Paulo: Blucher, 2021. (Original de 1962). Disponível em: [https://www.blucher.com.br/aprender-da-experiencia_9786555062038]. Acesso em: 09 jul. 2025.

BION, W. R. **Estudos psicanalíticos revisados: *Second Thoughts***. Tradução: W. M. M. Dantas. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Contém “Uma teoria sobre o pensar”, 1962). Disponível em: [<https://www.bertrand.pt/livro/estudos-psicanaliticos-revisados-w-r-bion/163535>]. Acesso em: 19 jul. 2025.

CAMPOS, P. A.; FÉRES-CARNEIRO, T. **Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério**. *Psicologia USP*, v. 32, 2021. e200211. DOI: 10.1590/0103-6564e200211. Disponível em: [<https://www.scielo.br/j/pusp/a/gRDZZ9sPmPNXKBBJnRtrxkQ/>]. Acesso em: 01 set. 2025.

CHODOROW, N. (1978). **The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender**. CA: University of California Press. ISBN 9780520038929.

PRATA, A. K. A. V.; CINTRA, E. M. de U. **Apoio e acolhimento à mulher que se torna mãe: uma escuta psicanalítica**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 20, n. 1, p. 34-50, jan./mar. 2017. DOI: 10.1590/1415-4714.2017v20n1p34.3. Disponível em: [<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/SztyLyKMmgbDdMsRn6bWpry/>]. Acesso em: 07 ago. 2025.

SANTOS, M. R. G.; MIRANDA, J. J.; BELO, F. R. R. **Idealizações e prescrições psicanalíticas acerca da maternidade em Chodorow: um debate atual**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 40, e189015, p. 1-14, 2020. DOI: 10.1590/1982-3703003189015. Disponível em: [<https://www.scielo.br/j/pcp/a/LDbL5MCGPSWCXBZQvSFhm4c/>]. Acesso em: 28 ago. 2025.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. Disponível em: [<https://bds.unb.br/handle/123456789/100>]. Acesso em: 09 jul. 2025.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. Disponível em: [https://pergamum-biblioteca.pucpr.br/pesquisa/_geral?for=AUTOR&q=Winnicott%2C%20D.%20W]. Acesso em: 09 jul. 2025.