



Maternidade e erotismo na modernidade:

Assepsia do impensável na cena de parto

Vera Iaconelli

O artigo reflete sobre a forma contemporânea de se lidar com a experiência do parto, como encenação da dificuldade de conciliar maternidade, erotismo e morte, para reavaliar interpretações psicanalíticas dos distúrbios da maternagem.

Neste artigo será debatida a idéia de que as iatrogenias hospitalares, decorrentes de uma certa forma reificante de se lidar com as angústias do nascimento, podem interferir nas condições necessárias para a elaboração da passagem de gestante para a de mãe *recém nascida* e, conseqüentemente, agir sobre a relação pais-bebê. O processo de constituição de uma mãe capaz de perceber o filho como separado de si é demorado, enquanto a separação física, propriamente dita, é instantânea. Em nossa cultura, os procedimentos ligados ao nascimento com sua ênfase

na rapidez e controle, muitas vezes atrapalham o percurso dos pais na trilha para se apoderarem desse novo papel, levando-os a duvidar da sua capacidade de cuidar de seus filhos.

Na atualidade, gestação e parto são vistos como eventos somente realizáveis pela mulher mediante a assistência da medicina. O corpo humano perde na comparação com a máquina e, portanto, precisa de cons-

Vera Iaconelli é psicóloga, mestre em psicologia pela USP, aluna do curso de formação em Psicanálise pelo Instituto Sedes Sapientiae, coordenadora da Gerar Escola de Paris.

Há relativo
consenso
em psicanálise
sobre o caráter
profundamente
significativo
da experiência
do parto
no psiquismo.

tantes correções de seus desvios biológicos. Todo o aparato hospitalar, que está diretamente ligado à história da industrialização e do capitalismo, vem sendo criticado há décadas e, no entanto, encontra incriveis resistências para ser modificado. Exemplificando: no Brasil, as possibilidades de uma mulher primigesta, de classe média, ter um parto por via cesariana atingem 80%. Embora seja este um percentual condenado pela OMS¹, tem sido quase impossível minimizá-lo na prática. Em contrapartida, na rede pública, onde o reembolso do parto cirúrgico passou a ser menor, a situação vem se invertendo. É importante termos claro que o contexto atual da situação de parto vem de uma idéia de maternidade como fábrica, parturiente como máquina e bebê como produto². Entretanto, não é nosso intuito discutir aqui esses temas, amplamente debatidos pela obstetrícia contemporânea; pelo contrário: buscamos lançar luz

sobre aquilo que não é discutido, quando se fala sobre parto: as demandas inconscientes que essa situação suscita e que atravessam o campo ligado ao tema da sexualidade, não apenas no que diz respeito à parturiente, mas a todos os envolvidos, incluindo-se ainda a ideologia que permeia a situação hospitalar.

O atendimento ao parto é um dos exemplos mais notáveis da forma pela qual se lida com as questões da subjetividade na modernidade, pois nele o espaço para elaborações do vivido mostra-se subtraído e evitado. Para além de modismos das técnicas médicas, a modernidade imprime à cena de parto sua forma própria de lidar com o corpo, com a sexualidade e com a morte.

A impossibilidade de criar um ambiente que dê conta das experiências vividas no parto afetará perniciosamente as etapas fundamentais que se seguem. Como bem nos aponta Winnicott³, essas experiências dão os subsídios da relação de vínculo entre mãe e bebê e, conseqüentemente, estão na base da constituição do sujeito. A desconsideração, na atualidade, do tratamento que a mulher deveria receber na situação do parto com sua ênfase na tecnologia, na captação das imagens, na manipulação do corpo – negando sua história, sua erogenidade e sua subjetividade – cria um hiato no estudo dos distúrbios da formação de vínculo e no estudo das doenças psicossomáticas em recém-nascidos.

Há relativo consenso em psicanálise sobre o caráter profundamente significativo da experiência do parto no psiquismo. O que parece velado não é a importância do parto na vivência do bebê e dos pais, mas a questão de que a forma habitualmente aceita de se lidar com parto deve ser levada em consideração como variável facilitadora ou deletéria da elaboração dessa vivência.

Se à mãe cabe ser “suficientemente boa” a partir de sua capacidade de viver a “preocupação materna primária”⁴ e, se são essas as condições necessárias para a criação de um ambiente facilitador da construção de uma relação satisfatória entre psiquismo e soma no bebê, poderíamos supor que as condições do *ambiente oferecido à mãe* afetariam suas possibilidades de realizar essa tarefa? Sendo afirmativa a resposta, quando essa promessa não se cumpre, podemos incluir o ambiente do parto entre as possíveis variáveis desse fracasso? Winnicott é enfático a esse respeito, quando afirma:

“(...) médicos e enfermeiras (...) são necessários, e muito, quando as coisas vão mal do ponto de vista físico. Por outro eles não são especialistas nas questões relativas à intimidade que são vitais tanto para a mãe quanto para o bebê. Se começarem a dar conselhos sobre essa intimidade, 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”.⁵ (grifo nosso)

Ana e Paulo⁶, pais de um primeiro filho planejado e desejado, cuja gestação transcorreu sem problemas, procuram ajuda do psicanalista, pois se sentem incapazes de amenizar o “sofrimento de seu bebê”. O choro típico desse recém-nascido é interpretado como grito desesperado, mesmo depois de o pediatra assegurar que ele é perfeitamente saudável. A cada pergunta sobre a rotina do bebê e seus comportamentos, Ana parece precisar de uma confirmação da enfermeira que ela contratou para ajudá-la. Ao longo da entrevista, vemos a desautorização dessa mãe que se percebe inepta em seu novo papel. O casal havia se preparado para um parto normal. No entanto, o que ocorreu foi uma cesariana⁷ de necessidade duvidosa. No decorrer do relato,



eles associam o susto da operação, geralmente justificada por um risco eminente de sofrimento fetal ou de morte da criança, com fantasias de incapacidade de cuidar do bebê. Em vez de serem ajudados em sua travessia de filhos para pais, eles têm nessa experiência a reiteração de sua tutela infantil perante o médico. A intervenção analítica serviu para desculpabilizar estes pais, para que eles se dessem conta de seus recursos e se sentissem capazes de ouvir e responder à demanda do bebê.

Citemos um depoimento de uma mãe de três filhos, cujo primeiro nasceu sem intercorrências, e cujo parto foi tido como bem gratificante pela mãe, mas que, na chegada do segundo, viu-se lidando com algo impensável: o desamparo na hora do parto.

“Fui dar à luz o meu segundo filho. (...) Chegando ao hospital, fui prontamente examinada, colocada em uma sala e deitada com contrações

fortíssimas. Logo em seguida, solicitaram a meu marido que fosse fazer a internação. Quando me dei conta, estava literalmente sozinha, com contrações fortíssimas e, lembrando, em um dos melhores hospitais do país. De repente, jorrou uma grande quantidade de líquido em minhas pernas. Havia rompido a bolsa, e eu continuava sozinha. (...) Depois de um tempo, que pareceu, uma eternidade⁸ fui assistida pelo pediatra neonatal que passava pelo corredor”. (Daí em diante ela relata uma série de situação de *stress*). “A anestesia não pegou, pois o cateter acabou envergando (...) Não havia um paninho na sala de parto para enxugar o suor que derramava no meu rosto”.

O depoimento prossegue com uma série de situações ansiógenas envolvendo a anestesia, o desconforto diante da falta de atenção às outras necessidades dessa mulher, que vieram a culminar com a dificuldade de aleitamento. Culpa e dúvidas com relação às necessidades desse segundo filho, que é uma criança saudável, surgem associadas à experiência do parto, vivida como angustiante e traumática. No nascimento do terceiro filho, essa mãe contrata uma enfermeira, especialmente para “estar ao seu lado”, sem intervir na parte médica, e relata o terceiro parto como uma experiência novamente gratificante. Será que esse simples relato é uma exceção e diz respeito a uma certa fatalidade? Infelizmente, não. Na imensa maioria das vezes, as parturientes têm seus bebês em situações paradoxais, onde o cuidado com o amparo psíquico não corresponde ao cuidado com o corpo. É tocante que nesse relato essa mãe coloque, lado a lado, a inesperada dor, decorrente de uma analgesia malsucedida e a falta *de um paninho para enxugar o suor que derramava de seu rosto*. Para além das dores do parto⁹, existe o desconforto do desamparo e do abandono vividos.

Relatamos casos em que a saúde dos pais supera a iatrogenia hos-

pitalar, embora deixe marcas que precisam ser elaboradas. Nem sempre a interferência hospitalar incide sobre psiquismos saudáveis. Porém, quando nos remetemos a casos em que há uma patologia anterior, a influência da experiência do parto tende a ser desprezada pelos profissionais em função do quadro psicopatológico.

Miriam Szejer afirma que “ao bebê cabe entrar na vida, à mãe, sair da gravidez”¹⁰, reconhecendo um processo de luto do *status* anterior de gestante e feto, que dá lugar ao de mãe e bebê como entes separados, em busca de delimitação. O olhar do psicanalista se volta para as intercorrências desse processo, que muitas vezes esbarra na impossibilidade de a mulher suportar a ferida narcísica diante da separação vivida no parto. O bebê, por sua vez, chega a somatizar o drama da escolha entre a separação da mãe e um funcionamento uterino eminentemente mórbido. Mórbido no sentido de, uma vez estando fora do corpo materno, a criança permanecer em busca de um estado pré-natal como recusa a toda adaptação que precisa ser feita devido à mudança de ambiente: respirar com os próprios pulmões, alimentar-se oralmente, ter vitalidade própria. Os quadros psicossomáticos, muitas vezes, revelam essa dificuldade com o aparecimento de anorexia, distúrbios respiratórios, depressão, apatia, icterícia renitente, distúrbios do sono.

O que buscamos enfatizar aqui é que esse delicado processo está inserido nas formas socialmente aceitas de se lidar com qualquer tipo de separação e luto, que vêm a ter, portanto, em seu bojo, a repercussão dessa ideologia.

Que elementos estão em jogo quando uma mulher dá à luz na nossa cultura? Isto é, quando ela vai, como comumente acontece, para a maternidade, a fim de ser assistida por uma equipe de médicos? Como lidamos com as ansiedades que essa

Miriam
Szejer
afirma que
“ao bebê
cabe entrar
na vida;
à mãe,
sair da
gravidez”

situação mobiliza, e que intervenções podem estar a serviço do velamento dessas ansiedades? Pode a psicanálise, “como um método de investigação” para evidenciar “o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios) de um sujeito” como define Laplanche¹¹, ajudar-nos a pensar as questões relativas a esse evento fundamental da existência, de maneira a lançar luz sobre as questões da relação entre mãe e bebê? Com efeito, mesmo na psicanálise, sobre a compreensão desse momento incidem vários tipos de preconceitos, tanto de forma sutil, quanto simplesmente por silenciamentos inquietantes.

Assim, o trabalho de alguns psicanalistas, a seguir citados, sobre maternidade, demonstra como a questão dos procedimentos médicos no parto é sistematicamente banida de suas interpretações. A forma como a parturiente é tratada, seja na especificidade de cada caso, seja pela rotina imposta, nunca é questionada por esses autores que tendem a deslocar a interpretação para o inconsciente da mãe. Trabalhando as questões do feminino e da maternidade, Marie Langer, por exemplo, nos aponta que:

“A gravidez e o parto constituem um episódio normal da vida procriativa feminina, pelo que se poderia supor que transcorrem na mulher sã sem maiores distúrbios. Mas, na realidade, em nossa sociedade, até há pouco não ocorria assim, e muito pelo contrário: os transtornos da gravidez, as dores, as dificuldades e angústias do parto eram tão freqüentes que se lhes considerava como fenômenos normais e quase inevitáveis. No entanto, um exame psicológico mais profundo revela-nos que esses transtornos *provêm de conflitos psicológicos e de identificações com outras mulheres já transtornadas em sua feminilidade.*”¹² (grifo nosso)

Langer¹³ afirma, com convicção, que os transtornos decorrentes da

A forma como
a parturiente é tratada,
seja na especificidade de cada caso,
seja pela rotina imposta,
nunca é questionada
por esses autores que tendem
a deslocar a interpretação
para o inconsciente
da mãe.

gestação e do parto dizem respeito a dificuldades de identificação da mulher com a sua feminilidade. Em seguida, nos presenteia com um capítulo em que, citando Helene Deustch¹⁴, oferece-nos uma interpretação que inclui aspectos inconscientes que podem estar sendo revividos pelos “homens”¹⁵, no papel de obstetras. No mesmo capítulo, aborda a questão do desamparo na hora do parto e os aspectos culturais que impregnam os procedimentos hospitalares como fatores iatrogênicos. No entanto, conclui esse mesmo texto com a seguinte afirmação:

“De todo o exposto, chegamos às seguintes conclusões: a gravidez e o parto são acompanhados de mal-estar, angústia e dor por *fatores psicogenéticos. Se conseguimos educar filhas sadias que tenham um mínimo de angústia e sentimento de culpa e que possam aceitar prazerosamente sua feminilidade*, podemos esperar que a gravidez e o parto sejam novamente o que são ainda em algumas socieda-

des ou para algumas mulheres felizes da nossa sociedade (...)”¹⁶

Novamente a ênfase recai sobre os fatores psicogenéticos, suplantando as limitações do alcance dessa “educação” particular, fruto de uma demanda social que lida com a vida da forma mais asséptica possível, com o intuito de evitar a insurgência da ansiedade frente aos conteúdos ligados ao erotismo e à morte. Essa interpretação tem efeitos notavelmente culpabilizadores da mulher.

Já Debray¹⁷ defende que, diante da angústia da situação de parto, a anestesia geral é, afinal, uma boa opção sem, contudo, atribuir a angústia da parturiente a coisa alguma além dos aspectos de sua subjetividade. Assim, interpretando as angústias pessoais da parturiente, sem levar em conta as iatrogenias hospitalares que incrementam estas angústias, Debray reitera a afirmação de que o parto é um evento cujas dificuldades dizem respeito a resistências individuais da mulher. A



O parto
não pode
ser refletido
sem considerarmos
sua inserção
na ideologia
moderna.

solução viável é a anestesia geral, o que reforça a idéia do parto como evento cirúrgico e da mulher como recipiente a ser esvaziado. A autora não atribui diferenças significativas entre o parto em vigília e o parto sob anestesia geral, mas, em seguida, dá voz a uma de suas pacientes:

“Parece-me justo indicar aqui o que a posição pessoal que acabo de formular pode ter de contestável. Com efeito, pouco após ter escrito essas linhas, tive o exemplo de uma jovem mulher, que, tendo tido dois partos por cesariana sob anestesia geral, sentia-se muito frustrada por ‘perder’ assim repetitivamente a vinda ao mundo de seus filhos. Quando, durante sua terceira gravidez, seu obstetra lhe propôs uma cesariana sob peridural, tanto ela quanto seu marido aceitaram com entusiasmo. Essa se passou muitíssimo bem, e a *alegria dos dois pais ao ver nascer seu terceiro filho foi de certo modo redobrada pelo fato de que se tratava de um*

primeiro filho, nascido após duas meninas.”¹⁸ (grifo nosso)

O parto ora é visto como episódio de uma certa *fatalidade* dos procedimentos médicos, ora como algo totalmente determinado pelas fantasias inconscientes da parturiente, sem que possamos pensá-lo como evento atravessado pela cultura, pelo corpo e pelo inconsciente no que ele tem de particular e de simbólico.

Há intervenções psicanalíticas em maternidades que trabalham os distúrbios do vínculo entre pais e bebês. Myrian Szejer¹⁹ tem relatos de interpretações feitas por ela na presença do bebê e dos pais que, de forma inequívoca, alteraram quadros psicossomáticos. No entanto, nenhuma dessas interpretações leva em consideração as condições de parto. Não considerando essa interferência, acabam, por sua vez, reiterando interpretações de cunho psicossomático baseadas apenas em ambivalências inconscientes.

O parto não pode ser refletido sem considerarmos sua inserção na ideologia moderna, que lida com a angústia por meio de subterfúgios do consumo, da amortização das sensações corporais, do controle sobre os afetos, da medicalização. Segundo Fuks:

“Na composição da personagem que identifica o sujeito, num cenário social concebido como espetáculo, a imagem do corpo ganha um papel de relevância. A exacerbção dessa lógica de sujeitos-fachada, constituídos de imagem, sem volume nem interioridade, terá fortes efeitos patogênicos que envolvem a corporalidade, tais como a anorexia-bulimia, compulsão e adição a práticas farmacológicas, fisioterápicas, cirúrgicas ou esotéricas de emagrecimento, rejuvenescimento, etc.”²⁰

Como entender o nascimento neste jogo de relações em que se imbricam a ideologia moderna que atravessa as subjetividades, as fantasias inconscientes ligadas à sexualidade e à morte revividas, e às vicissitudes de uma fisiologia?

À luz da psicanálise, que personagens estariam agindo na cena do parto? Que fantasmas podem estar sendo revividos não apenas pela mãe, mas por todos aqueles que se ocupam de cuidar dela? E, para além da fantasmática de cada elemento individual, o que a cena de parto diz da forma como lidamos com nossa sexualidade inconsciente ali apresentada? Podemos pensar a cena do parto a partir de um isolamento dessas questões? Estamos a serviço do quê, fazendo isso?

Seria o mesmo que interpretar os sintomas de anorexia e bulimia, tão comuns na atualidade, como decorrentes de relação de conflito da menina com sua feminilidade, de sua relação com a mãe fantasmática, sem levarmos em consideração que a anorexia é atravessada pelas questões da pós-modernidade, do consumismo, da imagem e, fato também visto até pouco tempo, como da ordem apenas da medicina, mas que passou a ser ampliado pelo olhar psicanalítico.

A mulher e o parto: algumas hipóteses de interpretação

Se hoje a mulher tem seu bebê como uma doente que precisa ser hospitalizada e medicada, é porque há algo da forma de se entender o nascimento que precisa ser discutido. Existe um deslocamento facilmente observável na seguinte frase: “o médico faz o parto”²¹. Não importando aí se ele se refere ao cirúrgico ou vaginal. Ele faz o parto. O que faz a mulher então? Deixa o bebê passar? Atrapalha o mínimo possível?

Quando uma comunidade lida com o nascimento acaba por fazê-lo, necessariamente, mediante a projeção de seus próprios fantasmas. O médico que “faz o parto” poderia estar se referindo a uma inversão do aspecto passivo/ativo, apontada por Freud²² como forma de lidar com as angústias de seu próprio parto. Fazer o parto de alguém

tira-nos da posição de bebê passivamente expelido pela mãe, e este procedimento seria uma forma de elaborar nossas angústias.

O que buscamos aqui não é tanto dar conta de todos os possíveis fantasmas envolvidos nessa situação, mas a necessidade de se pensar que as angústias vividas pela mulher que está dando à luz, já amplamente apontadas na literatura sobre o assunto, dizem respeito também às angústias inconscientes de todos nós, relativas a nossa experiência de nascimento, e que, portanto, há que se pensar o parto como lugar privilegiado da reencenação dos fantasmas de todos que dele participam, incluindo, além disso, o aspecto social representado pela instituição.

O parto é um evento psico-sócio-sexual. Segundo Freud, se tomássemos o ato sexual como ponto central para definir o conceito de “sexual”, talvez definíssemos como sexual:

“(…) tudo aquilo que, com vistas a obter prazer, diz respeito ao corpo e, em especial, aos órgãos sexuais de uma pessoa do sexo oposto, e que, em última instância, visa a união dos genitais e a realização do ato sexual. Com isso, (...), todavia, (...) o parto não constituirá algo sexual. Se, por outro lado, (...) tomarmos a função de reprodução como núcleo da sexualidade (...) correremos o risco de excluir toda uma série de coisas que não visam à reprodução mas certamente são sexuais, como a masturbação e até o mesmo o beijo.”²³

Dentro dessa discussão, sexo e maternidade podem ser vistos como conceitos excludentes. Na tentativa de discutir o feminino como algo além da maternidade, podemos incorrer no erro de pensar a sexualidade procriativa como antítese do erotismo. A sexualidade feminina é mais que a maternidade, mas a maternidade é uma das formas possíveis de expressão da sexualidade feminina, entre outras.

Em nossa cultura, a sexualidade exige privacidade; no entanto,

no parto a privacidade é inteiramente aviltada. Por quê? O corpo erógeno é negado, pois maternidade e erotismo são inconciliáveis. A deserotização do parto dá-nos pistas sobre os temores que podem subjazer a essa situação e sobre os mecanismos utilizados para lidar com essa ansiedade – não só pela mãe, mas por todos que participam do acontecimento.

Há uma interessante interpretação do simbolismo do parto, em Freud, quando ele cita Rank:

“Rank [1912a] indicou, por uma série de sonhos, que os sonhos de nascimento utilizam o mesmo simbolismo que aqueles com estímulo urinário. O estímulo erótico é representado nos segundos como estímulo urinário; e a estratificação do significado nestes sonhos corresponde a uma mudança que se sobrepôs ao significado do símbolo desde a infância.”²⁴

Essa imbricação entre o nascimento e erotismo, no uso comum

da simbologia, no caso a água, aponta para a passagem do bebê como correspondendo a passagem do pênis pela vagina. A fantasia infantil de que o bebê é um pênis roubado do pai e escondido no útero²⁵ está presente no temor de certas mulheres de que o parto seja uma realização incestuosa. Se meu bebê/pênis passa pela minha vagina, eu, que também passei pela de minha mãe, também estive onde sempre desejei, mas “nunca deveria ter estado”. Segundo Pinheiro, ao falar das fantasias sexuais que podem ser reeditadas no parto:

“Na gravidez, o impensável torna-se assim escândalo, escancarando este sexo da mulher que engendra, que se excita com o feto e que, ao parir, tem por meio dele uma relação sexual que a remete ao impensável da relação sexual do seu próprio parto. Sexo impensável do qual todos os seres humanos emanam.”²⁶

Revela-se aí uma dicotomia que leva a mulher a ter de escolher entre parir ou gozar, pois o erotismo no parto traz a marca do interdito. Afinal, em nossa cultura, o amor “materno” é visto como algo “puro”, entendendo-se puro como algo da ordem do não-sexual. Coube a Freud²⁷ o “sacrilégio” de apontar na relação entre mãe e bebê os aspectos da sexualidade da mãe atribuindo ao bebê o lugar de um “substituto de um objeto sexual completo”²⁸.

Pinheiro²⁹, citando Zaltzman aponta que: “Se o texto de Zaltzman nos obriga a pensar que o interdito do incesto foi violado de alguma maneira no próprio parto, veremos que a mulher, ao parir, repete essa vivência por meio do próprio sexo”.

O fato de o corpo da mulher que gesta ser visto como coisa é compreensível, assim, como forma de lidar com a angústia diante do impensável. À mulher cabe um lugar de resignação expiatória. A inibição da reivindicação de um outro lugar na cena de parto, lugar ativo e responsável por parte da mulher,

Revela-se aí
uma dicotomia
que leva a
mulher
a ter de
escolher entre
parir ou gozar,
pois o erotismo
no parto traz
a marca do
interdito.



Se o bebê
é visto
como algo
de valioso
tirado
da mãe,
talvez o parto
seja a hora
do acerto
de contas.

pode estar a serviço de uma culpa em protagonizar a fantasia incestuosa. Segundo Soifer:

“Tudo isso nos leva a postular que uma das maiores batalhas no momento do parto se trava no inconsciente, contra a proibição da sexualidade, e que a expulsão é sentida como uma situação sexual em si mesma. Portanto, a confusão entre o ato sexual e o parto se acrescenta à que explicamos anteriormente: a do próprio nascimento, da evacuação, de ser esvaziada, castrada. Assim, os momentos ulteriores constituem para a mulher um estado de confusão, *do qual emerge com a ajuda daqueles que a assistem e, sobretudo, do contato com a criança.*”³⁰ (grifo nosso)

A colocação final de Soifer, no que diz respeito à “ajuda daqueles que a assistem” implica um entorno que seja capaz de lidar com suas próprias angústias, a fim de, no mínimo, não incrementar as angústias da mãe. Mas, como estamos ten-

tando deixar claro neste trabalho, o mecanismo usado para lidar com estes conteúdos é o da negação e, neste ponto, a subjetividade da parturiente e seus fantasmas encontram eco naqueles que a assistem, dificultando seu processo de elaboração.

Não levar em consideração essa ampliação faz com que a mulher seja colocada, mais uma vez, como fonte de toda psicogenia, culpabilizando-a pelas possíveis doenças psicossomáticas de seus bebês, sem incluir outras variáveis.

Quando existem conflitos, eles dizem respeito não apenas a cada mulher em sua identificação subjetiva com as figuras parentais, mas a uma forma socialmente aceita de entender o bebê que a mulher leva dentro de si.

Se o bebê é visto como algo de valioso tirado da mãe, o pênis do pai que a mãe esconde dentro de si³¹, talvez o parto seja a hora do acerto de contas. O médico despoja a mulher do objeto roubado e o restitui à mãe-maternidade. A parturiente pode ver-se assim, aliviada de sua culpa. O médico “faz o parto”, tirando o bebê apressadamente da mãe – que em nossa cultura, é vista como suja, contaminadora. Os berçários, que inicialmente foram criados para isolar os bebês das mães possivelmente “infectadas”, pois não se fazia pré-natal para poder identificá-las antecipadamente, são prática corriqueira até hoje³², mesmo com todas as campanhas pelo alojamento conjunto. Há ecos nesta prática da idéia da mulher como ser sujo e contaminado. O bebê precisa ser imediatamente limpo, e o que pode pairar sobre essa prática é a idéia de vagina/cloaca de onde saem bebês/fezes³³.

A posição horizontal da parturiente (litotomia), na qual a mulher se deita de costas e coloca os pés em estribos, faz com que o esforço do parto seja antigravitacional e o bebê venha a ser empurrado para cima. Embora essa posição dê ao

médico um excelente campo de visão, acaba por fazer com que o períneo seja demasiadamente forçado, aumentando a necessidade de uma episiotomia (cirurgia realizada na musculatura do períneo para facilitar a passagem do bebê)³⁴. Posição amplamente criticada por atrapalhar a mecânica da descida do bebê, colocando a mulher sem fazer uso da força gravitacional, cujos efeitos podem ser mensurados até mesmo pelo uso de fórceps, encontra, no entanto enormes barreiras para ser modificada. Para além de uma certa medicina anacrônica, faz-nos pensar no lugar da mulher na hora do parto como o de alguém em posição inerte, com o intuito de dar espaço para quem faz o parto, no caso, o médico. Aparece o fantasma da maternidade como evento erógeno, pensamento inconciliável na nossa cultura, o qual busca, por meio de uma certa assepsia hospitalar, reprimir a emersão desse conteúdo.

Acompanhando gestantes que perderam seus bebês antes, durante ou depois do parto, percebemos quanto a falta de procedimentos adequados nessas situações acaba por revelar a negação da morte no que diz respeito ao nascimento. Em caso de morte, os procedimentos de luto, minimamente realizáveis em nossa cultura, tendem a gerar constrangimento e dúvida e precisam ser solicitados pelos pais. No nascimento, não há lugar social para o luto formal e muito menos para elaboração do luto simbólico. No entanto, o nascimento aponta para o fim da gestação, vivido comumente pelas mães como morte do bebê imaginário em benefício do bebê real. Muitas mulheres, durante o puerpério, contam sonhos recorrentes com pequenas variações onde um bebê falece, ficando um outro em seu lugar.

O espaço medicalizado e asséptico reservado ao parto, se não impede, tampouco facilita a elaboração desse luto³⁵.

Conclusão

Problematizar a cena de parto à luz da psicanálise, ampliando as interpretações que se restringem à subjetividade da parturiente, recolocando essa questão num espectro maior, que inclua uma certa forma de lidar-se com fantasmas do erotismo e da morte em nossa cultura, foi o que motivou este trabalho.

A cena de parto abre discussão para a forma de se lidar com as angústias de representações impensáveis, que ultrapassam a subjetividade individual da mulher, repercutindo nos procedimentos institucionais ligados aos cuidados com a parturiente.

Mais do que condenar esta ou aquela prática hospitalar, há que se refletir sobre os conteúdos inconscientes que podem atravessar esta situação, obscurecendo o olhar e a prática.

Entre os elementos apontados, vemos as questões relativas à dicotomia entre sexualidade e maternidade, que isolam a maternidade como evento procriativo pondo à parte uma questão crucial: pertencem à ordem sexual ou não? Se pertencem, a que sexualidade se referem?

A exposição da cena do parto, ferindo a privacidade, como forma de impossibilitar a elaboração da fantasmática erótica, não deixa espaço para a fantasia e para a elaboração dos conteúdos excitados pela experiência.

No bojo desses pensamentos evitados, pode-se supor o parto vaginal como revivência da experiência do interdito edípico, bem como da realização do desejo de roubar o bebê da mãe e o falo do pai e toda ansiedade decorrente do contato com este material: medo de retaliação, culpa, medo da morte. Estas ansiedades são revividas não apenas pela parturiente e seu companheiro, mas aparecem nos procedimentos da equipe hospitalar e da instituição. As inversões quanto aos papéis de passividade e ativi-

dade, por parte destas personagens, revelam uma cena subtraída, velada, da qual participam os elementos acima citados, representando uma forma característica na nossa cultura de lidar com as angústias inconscientes no que se refere à sexualidade e à morte. O surgimento do bebê, como um outro, exige dos pais um longo processo de elaboração do luto pelo bebê idealizado. Quanto podemos estar tornando-o ainda mais difícil por negá-lo?

Fica assim, um início de reflexão sobre os efeitos da negação dos conteúdos ligados ao erotismo e à morte no parto na formação do vínculo entre pais e bebês, e os distúrbios daí decorrentes. ■

NOTAS

1. Organização Mundial de Saúde.
2. R. Davis-Floyd, "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Official publication of The International Federation of Gynecology and Obstetrics – FIGO, vol. 75, (suppl. 1), 2001, p. 6.
3. D. Winnicott, (1956), "A Preocupação Materna Primária", in *Da Pediatria à Psicanálise*, Rio de Janeiro, Imago, 2000, p. 404.
4. D. Winnicott, op. cit., p. 401. Winnicott, neste texto, postula uma fase de extrema suscetibilidade da mãe às necessidades do bebê. Essa fase começaria no final da gestação e duraria até as primeiras semanas depois do parto. Dessa capacidade da mãe surge a possibilidade de o bebê encontrar um ambiente propício para um desenvolvimento sadio.
5. D. Winnicott. *Os bebês e suas mães*, São Paulo, Martins Fontes, 1994, p. 22.
6. Nomes fictícios.
7. Cesariana cuja justificativa lhes parece nebulosa, estando mais associada à conveniência da agenda do médico (a intervenção foi marcada às vésperas da viagem do obstetra para um congresso) do que às suas necessidades orgânicas. Diante da forte transferência que se estabelece com o médico, a tendência é resguardar a onipotência médica e atribuir a si toda a impotência.
8. A maioria das maternidades não prioriza o acompanhamento das parturientes, mas sim a excelência tecnológica. No entanto, bastam menos de cinco minutos para que uma mulher em trabalho de parto entre em situação de estresse por ficar sozinha e/ou por ser tratada de forma indiferente no entre-e-sai da equipe médica.
9. A questão da dor merece um espaço próprio para ser discutida, o que não poderá, infelizmente, ser feito no presente artigo, sob pena de lhe darmos um enfoque superficial. A analgesia não é opcional: ao contrário, é uma imposição social, e só por esse aspecto justifica-se um olhar mais atento.
10. M. Szejer. *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999, p. 118.

11. J. Laplanche. *Vocabulário da psicanálise*, 3a ed., São Paulo, Martins Fontes, 1998, p. 384.
12. M. Langer. *Maternidade e sexo*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1981, p. 191.
13. M. Langer, op. cit., p. 191.
14. H. Deutsch, *La psicología de la mujer*, Edición Losana, Buenos Aires, 1947, p. 46, in M. Langer, op. cit, p. 210.
15. Há um equívoco recorrente em associar-se obstetria ao sexo masculino. Na experiência prática, não se observa qualquer diferença de tratamento ligada ao fato de as parturientes serem atendidas por médicos ou médicas.
16. M. Langer, op. cit., p. 222.
17. R. Debray, *Bebês/Mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
18. R. Debray, op.cit, p. 32-33.
19. M. Szejer, op.cit, p. 46-50.
20. M. P. Fuks, *Mal-estar na contemporaneidade e patologias decorrentes*, texto cedido pelo próprio autor durante o curso Psicopatologia Psicanalítica e Clínica Contemporânea, s/d.
21. Não podemos generalizar essa postura irrefletida, embora seja alarmantemente corriqueira. Há profissionais, no entanto, que demonstram uma atitude crítica e consciente quanto a sua posição como médicos, no exercício da obstetria.
22. S. Freud, (1931), "Sexualidade Feminina", in *Obras completas*, Vol XXI, Rio de Janeiro, Imago, 1974, p. 271-272.
23. S. Freud, (1916-1917), Conferência XX, Vol. XVI, in op.cit, p. 355-356.
24. S. Freud, (1900), "A interpretação dos sonhos", vol V, in op. cit, p. 429.
25. S. Freud, (1924), "A dissolução do complexo de Édipo", Vol. XIX, in op. cit., p. 223.
26. T. Pinheiro, "Reflexões sobre a base do amor materno", in M. Hilferding, *As bases do amor materno*, São Paulo Escuta, 1991, p. 133.
27. "A relação de uma criança com quem quer que seja responsável por seu cuidado proporciona-lhe uma fonte infindável de excitação sexual e de satisfação de suas zonas erógenas. Isto é especialmente verdadeiro, já que a pessoa que cuida dela, a qual afinal de contas, em geral, é sua mãe, olha-a ela mesma com sentimentos que se originam de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija-a, embala e muito claramente a trata como um substitutivo de um objeto sexual completo". Freud, op. cit., p. 229-230. (grifo nosso)
28. idem.
29. T. Pinheiro, op. cit., p. 133.
30. R. Soifer, *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1980, p. 59.
31. S. Freud, *A organização genital infantil*, Vol. XIX, in op. cit., p. 183.
32. O sistema de alojamento conjunto, no qual a mãe fica com o recém-nascido em seu próprio quarto sob os cuidados e apoio da equipe da maternidade, ainda encontra dificuldades em ser implantada, apesar das campanhas favoráveis.
33. S. Freud, (1905), *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Vol. VII, in op. cit., p.201-202.
34. A episiotomia é a única cirurgia realizada sem a autorização expressa do paciente. Como procedimento de rotina, é condenada pela OMS, mas realizada na quase totalidade dos partos em países onde as mulheres têm um histórico papel de inferioridade social. Maiores informações consultar: "Maternidade segura – Assistência ao parto normal – um guia prático", Ministério da Saúde, OMS/ SRF/ MSM/ 9624.
35. Recentemente, entrando em contato com um obstetra que acompanharia o parto de um bebê anencéfalo (com uma chance de sobrevivência de, no máximo, 12 horas após o nascimento), a psicanalista ouviu a seguinte exclamação de alívio, quando se identificou e disse que acompanharia o parto: "- Que bom que vai ter alguém para cuidar da gente na hora!"