



**HOSPITAL MATERNIDADE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

**Mulheres, Maternidades e o Sofrimento Psíquico:  
uma questão *de* saúde pública**

**Autora: Maria Luiza C. S. Zanotelli  
Orientadora: Ana Beatriz Freire**

**Rio de janeiro  
2015**

MARIA LUIZA C.S. ZANOTELLI

Mulheres, Maternidades e o Sofrimento Psíquico :  
uma questão de saúde pública

Monografia do curso de especialização em nível de pós-graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Ana Beatriz Freire

Rio de Janeiro  
2015

*Saiba,  
Todo mundo foi neném  
Einstein, Freud e Platão também  
Hitler, Bush e Saddam Hussein  
Quem tem grana e quem não tem  
Saiba,  
Todo mundo teve infância  
Maomé já foi criança  
Arquimedes, Buda, Galileu  
e também você e eu  
Saiba,  
Todo mundo teve medo  
Mesmo que seja segredo  
Nietzsche e Simone de Beauvoir  
Fernandinho Beira-Mar  
Saiba,  
Todo mundo vai morrer  
Presidente, general ou rei  
Anglo-saxão ou muçulmano  
Todo e qualquer ser humano  
Saiba,  
Todo mundo teve pai  
Quem já foi e quem ainda vai  
Lao Tsé, Moisés, Ramsés, Pelé  
Ghandi, Mike Tyson, Salomé  
Saiba,  
Todo mundo teve mãe  
Índios, africanos e alemães  
Nero, Che Guevara, Pinochet  
e também eu e você*

**ARNALDO ANTUNES**

*Dedico este trabalho às minhas filhas Paula e Isabel, que, ao longo do tempo, vêm me ensinando sobre os caminhos e descaminhos da maternidade. À minha mãe Elzy, que soube deixar a presença de uma terna saudade em sua ausência. A meu amado companheiro Tadeu, nesta aventura de construção de uma família.*

## AGRADECIMENTOS

A minhas irmãs, Luiza Helena, Ângela Maria e Maria das Graças, e ao meu irmão José Luiz, companheiros no desafio de nos tornamos “gente grande” diante da ausência de nossos pais.

À Coordenação do Curso AISMI - Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, Prof. Marcus Renato de Carvalho e Prof<sup>a</sup> Marisa Schargel Maia, pelo acolhimento, apoio e entusiasmo na condução do trabalho com a saúde pública.

Aos colegas do curso de especialização, pelo carinho, parceria e aprendizado proporcionado no decorrer das atividades.

À minha orientadora Ana Beatriz Freire, por ter aceitado acompanhar o desafio desta pesquisa.

Aos colegas do projeto Circulando: jovens e suas invenções no autismo e na psicose, pelo vigor da interlocução e transferência de trabalho na pesquisa acadêmica.

À Doris Rangel Diogo, pelo acolhimento do convite à interlocução do trabalho.

Às amigas, colegas e psicanalistas, Cecília Amorim, Luiza Brandão e Isabel Boguea, pela escuta fraterna e acolhedora de todas as horas.

Aos colegas da Escola da Letra Freudiana, cuja interlocução e transferência de trabalho se fez presente na pesquisa.

À Ana Lúcia de Souza, pela escuta atenta e afetuosa nesta travessia.

À Cristina Hoyer e à Elisa Leite de Castro, pelo trabalho e pela amizade compartilhada durante a minha passagem pela ONG – Espaço-Vivo.

À amiga de todo tempo, Ivone C. Mascarenhas, obrigada pelo afeto e momentos tão singulares de parceria e cumplicidade.

Aos meus pacientes, pelos questionamentos que mantêm desperto o enigma e o desejo por esta experiência transformadora que é a psicanálise.

Aos meninos e meninas egressos das ruas que me deram o privilégio da escuta e do aprendizado sobre a resistência e a insistência do sujeito em fazer-se um, em fazer-se único, mesmo em condições tão adversas.

## RESUMO

Através de um fragmento clínico, propomos um estudo sobre a relação das mulheres com a maternidade, das maternidades com as mulheres, e do sistema de saúde, particularmente a rede de assistência materno-infantil, com as mães, mulheres e gestantes com sofrimento psíquico grave. Para tanto, abordamos o sofrimento psíquico nas perspectivas de Freud e Lacan, dando ênfase à sexualidade feminina, ao conceito de nome do pai e ao tratamento possível na clínica das psicoses. Partindo das formulações psicanalíticas, que propõem um novo conceito de sujeito, refletimos sobre o lugar do sujeito na sociedade contemporânea e nas práticas de saúde, considerando o movimento de humanização do parto e do nascimento, no Brasil, e os resultados evidenciados pela pesquisa Nacer no Brasil (Fiocruz, 2014), que indicam a necessidade de mudança no modelo obstétrico brasileiro e os avanços propostos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2014), a qual estende a promoção e a proteção da saúde da criança, da gestação até a idade de 9 anos, reconhecendo e considerando que, neste período do desenvolvimento, o cuidador deve ser acompanhado integralmente, “com uma escuta atenta e olhar acolhedor do profissional, dirigidos a ambos e ao vínculo estabelecido entre eles”. Postulamos, por fim, a construção de um trabalho que favoreça uma melhor compreensão e acolhimento da saúde mental das mulheres nas maternidades, diminuindo os efeitos da discriminação e da segregação social.

Palavras-chave: mulheres, maternidade, sofrimento psíquico, função paterna e humanização.

## ABSTRACT

Through a clinical case, we propose a study on the relationship of the women to the maternity hospital practices with women, and the health system, particularly the network of maternal and child care, with mothers, women and pregnant women with severe psychological distress. Therefore, we address the mental suffering from the perspective of Freud and Lacan, with an emphasis on female sexuality, the father's name concept and possible treatment in the clinic of psychosis. Starting from the psychoanalytic formulations, which propose a new concept of the subject, we reflect on the place of the individual in contemporary society and in health practices, considering the humanization of childbirth movement and birth, in Brazil, and the results shown by the survey in Birth in Brasil (FIOCRUZ, 2014), which indicate the need for change in the Brazilian obstetric model and the advances proposed by the National Policy for Integral Attention to Children's Health (PNAISC, 2014), which extends the promotion and protection of child health, pregnancy until the age of nine years, recognizing and considering that in this period of development, the caregiver must be accompanied by full, "with an attentive listening and comforting regard professional, targeted at both and the link established between them". We postulate, finally, the construction of a method that promotes better understanding and acceptance of mental health of women in maternity wards, reducing the effects of discrimination and social segregation

Keywords: women, maternity, mental suffering, father and humanization function.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1 - O SOFRIMENTO PSÍQUICO, NAS PERSPECTIVAS DE FREUD E LACAN</b>	<b>17</b>
1.1 Freud e a Sexualidade Feminina	17
1.2 Lacan e o nome do pai	21
1.3 O tratamento possível na clínica das psicoses	26
<b>CAPÍTULO 2 - A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO: UM LUGAR PARA O SUJEITO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE</b>	<b>31</b>
2.1 O lugar do sujeito na sociedade contemporânea	31
2.2 A humanização do parto e do nascimento: um lugar para o sujeito nas práticas de saúde	37
2.3 Cuidado e atenção na primeira infância: uma aposta no sujeito	44
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>55</b>



## INTRODUÇÃO

### *Um Fragmento clínico*

*Tomás (nome fictício) está com 15 anos. Desde os 12, está abrigado no albergue da prefeitura do Rio de Janeiro para meninos e meninas egressos das ruas. Não sabe dizer por que fora encaminhado para a psicanalista, mas acha uma boa ideia, pois, segundo ele, está mesmo precisando de ajuda.*

*Sua namorada, que também mora no albergue, está grávida. Tomás não quer que ela tire o bebê, quer assumir a criança, e teme ser separado da namorada quando os coordenadores da casa souberem da gravidez. Quer, principalmente, que alguém o ajude a convencer sua mãe a lhe dizer o nome de seu pai; ele quer dar o nome do pai para sua filha (ou filho) quando nascer.*

*Aos 11 anos, Tomás foi mandado para fora de casa pela mãe depois de se envolver na briga dela com o namorado. Não aguentou vê-la apanhando de novo, mas ela não gostou. Sozinho nas ruas, juntou-se a outros meninos de rua em Copacabana. Porém, cogitava encontrar seu pai. Não gostava da vida nas ruas, tinha que roubar para viver, e, frequentemente, chegavam uns policiais não muito legais, que batiam nos meninos e pegavam suas coisas. Um dia, porém, apareceu um policial legal, que não bateu. Queria, ao contrário, conversar com os meninos, ouvir a história de cada um e saber por que estavam ali. Tomás aproveitou e lhe contou sua história. O policial lhe falou do projeto da prefeitura e disse que lá ele poderia encontrar ajuda para achar seu pai.*

*Tomás gosta do albergue, trabalha e estuda. Com o dinheiro que ganha, se mantém, paga algumas coisas para a namorada e ajuda sua mãe a cuidar de suas duas irmãs. A mãe sofre dos nervos e não tem salário fixo; os pais das meninas não assumiram o sustento das filhas.*

*Desde que chegou na casa, Tomás pede ajuda para descobrir o nome do pai, mas todo mundo desconversa. Falam para ele esquecer disso, pois sua mãe não bate bem da cabeça. Mas ele não consegue esquecer. Sabe que sua mãe inventa muita história, mas algo lhe diz que, quanto a história do seu pai, isto é verdade.*

*Com o avanço da gravidez, sua namorada é transferida para outra unidade. A psicanalista intervém para garantir o direito de Tomás visitá-la, e isto lhe é permitido. Solicita intervenção da casa para convidar a mãe para uma entrevista, sem sucesso. A casa alega dificuldades em fazer contato e, também, desinteresse da mãe, insistindo na tese de que ela não batia bem da cabeça, de que não adiantava insistir, pois ela não dava atenção para o filho. O tempo vai passando e Tomás vai construindo suas fantasias sobre o nascimento do bebê e sobre um possível encontro com o pai. Já havia conversado com um juiz quando este visitou a casa. Tomás soube que, se o pai não fosse o cara legal que sua mãe disse que ele era, na pior das hipóteses, poderia exigir na Justiça o exame de DNA. “Eh... pai tá no sangue e ninguém pode tirar.”*

*A psicanalista consegue um contato com a coordenadora do projeto na prefeitura e expõe o caso de Tomás, solicitando uma reunião com os coordenadores da casa. Na reunião, são definidos prazos e sanções jurídicas caso a mãe não aceitasse comparecer à entrevista. O que não foi necessário, pois, na semana seguinte, a mãe comparece à unidade para uma entrevista com a psicanalista. Sofre dos nervos, não sabe ler nem escrever, tem muita dificuldade de sair de casa. Não acreditava que sua presença fosse assim tão importante. Foi uma mulher muito bonita, teve muitos namorados, mas um lhe era especial. Quando engravidou, tinha certeza de que o filho era dele. Mas ele duvidou, achando que podia ser de outro. Isto a desorientou e a deixou destruída. As brigas em casa aumentaram e sua família a pôs para fora de casa. Foi viver nas ruas, mendigou, virou alcóolatra e comia restos de comida dos lixos. Um dia passou mal e foi levada por policiais*

*para o hospital, onde entrou em trabalho de parto. Seu filho nasceu prematuro e teve que ser ressuscitado. “Só apaguei depois que escutei o choro dele, tive certeza que estava vivo.”*

*No hospital, descobriu que, além de sofrer dos nervos, tinha pressão alta e era diabética. Após um bom tempo no hospital, fez as pazes com a família e voltou para casa.*

*Nunca mais ela esteve com o pai de seu filho, mas sabia onde ele morava. Achava-o um cara legal, pai de família, trabalhador. Estava bem mais perto do filho do que este podia suportar. Por que, então, não levá-lo até o pai? “É o medo, o medo de perdê-lo.”*

*Após um silêncio durante a entrevista, a psicanalista lhe propõe: sendo o pai, assim como o filho, um cara legal, caso ela proporcionasse a eles a oportunidade de se conhecerem, ela não poderia ganhar a gratidão, o amor e o carinho destes dois homens? A mãe fica pensativa e diz que irá pensar. Quando decidir, a psicanalista ficará sabendo.*

*E é o que faz. Na semana seguinte, quando seu filho chega em casa, sem lhe dar mais explicações, pedindo-lhe apenas para que ele a acompanhasse, os dois saem e pegam um ônibus. Após algumas quadras, mãe e filho descem do ônibus e caminham um pouco. Ao chegar a uma casa, ela toca a campainha e, quando um homem aparece ao portão, eles se olham em silêncio. Ela diz ao filho: “Este é seu pai”, e sai, deixando os dois sozinhos, um olhando para o outro. O pai quebra o silêncio e convida o garoto para entrar, para conversar.*

*Este foi o início de um novo tempo para Tomás, bem como para seus pais, a namorada e a filha. Depois de um tempo de aproximação, o pai e a atual esposa resolvem assumir a tutela de Tomás e da namorada, que era órfã de mãe. Vão ao encontro da psicanalista pedindo apoio e ajuda. Sabiam que levaria ainda um tempo para as coisas se acomodarem. Combinaram uma estratégia de trabalho. O pai afirma que já se informara quanto ao exame de DNA, que ia pedir. Diz que gostou de Tomás e que, além disso, ia ser avô, que sua neta estava para nascer: “Preciso poder cuidar desta turma, doutora”.*

*É o que acontece. Por telefone, o pai de Tomás mantém contato com a psicanalista durante algum tempo, após o que se vê mais seguro de suas ações, “sabendo lidar melhor com os garotos”.*

\*

Em 1919, no texto “Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica”, Freud já previa que chegaria o tempo em que os governos reconheceriam que o sofrimento psíquico ameaça a saúde pública tanto quanto uma tuberculose. Caberia aos psicanalistas saber como acolher esta demanda, sem ceder sobre os princípios que fundamentam a experiência analítica.

A psicanálise é uma práxis, uma experiência de discurso, que tenta abordar o real pelo simbólico, através de um método analítico de investigação dos processos inconscientes. Nesta metodologia, pesquisa, tratamento e teoria psicanalítica articulam-se em um modo de transmissão, inaugurado por Freud, com suas cinco psicanálises, seus casos clínicos paradigmáticos – O pequeno Hans, O Caso Dora, O Homem dos Ratos, O Homem dos Lobos e o Caso Schreber -, onde os processos inconscientes são determinantes dos sintomas do sujeito e dos impasses que se colocam presentes na transferência, um fenômeno clínico que institui o dispositivo analítico.

Foi com esta metodologia de pesquisa, que Freud debruçou-se sobre os sintomas sociais, questionando a idéia de um distanciamento radical entre o individual e o social, e demonstrando que, “desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado mais inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, psicologia social”(FREUD, 1921). A maioria dos

fenômenos psíquicos relacionam-se com o social, nomeado por Lacan, como o campo do Outro, da linguagem, do discurso, do desejo e do gozo, que estruturam-se em uma dimensão inconsciente, através de processos que estão fora do âmbito da consciência.

Para a psicanálise o sujeito do inconsciente não se confunde com o Eu do discurso consciente, e para Lacan, não é o primordial e nem o instutivo, “de elementar, conhece apenas os elementos do significante”(LACAN, 1957-58). Subvertendo a lógica cartesiana, centrada no Eu do discurso concreto, Lacan situa o estatuto de um sujeito que não é “pleno”, e que só comparece de forma pontual e evanescente, nas formações do inconsciente, tal qual o sintoma. Uma mensagem cifrada que demanda interpretação, decifração pelo sujeito das associações inconscientes que emergem ao longo de um tratamento psicanalítico, ou seja, sob transferência analítica.

Com o conceito de significante, Lacan propõe uma releitura do signo saussureano, e uma lógica das associações significantes, que funciona por retroação, ou seja, no *à posteriori*, pois na transferência, o sujeito diz mais do que sabe e sabe mais do que diz. O significante é o que representa o sujeito para outro significante, o significado é extremamente volátil e desliza ao longo das cadeias associativas, produzindo uma significação que sempre remete à uma outra significação, em um movimento metonímico.

Em uma pesquisa psicanalítica o inconsciente não é um objeto de pesquisa, mas sim, uma hipótese de trabalho, fundada no fenômeno da transferência. Uma relação que se estabelece, não só entre psicanalisando e psicanalista, mas entre falantes, nas relações sociais, através das quais há produção de subjetividades. Relações que podem ser transformadoras e promotoras de saúde coletiva, dependendo do modo como os agentes sociais poderão acolher estas manifestações sintomáticas, fonte de conflitos, mal estar e muito adoecimento físico, psicológico e institucional.

Tomamos este fragmento clínico como paradigmático, para pensarmos uma hipótese de trabalho de pesquisa, junto com as equipes de saúde da rede materno-infantil. Supomos que deste modo, poderíamos ampliar a compreensão destes profissionais, quanto à incidência do sofrimento psíquico na maternidade, desde a gestação até o pós-parto. Favorecendo a promoção de ações de saúde mais efetivas e adequadas para a saúde materna e neonatal, particularmente desta população de maior vulnerabilidade psíquica e social.

Trabalhamos com alguns dados quantitativos recolhidos da pesquisa *Nascer no Brasil* (FIOCRUZ, 2014), propondo uma leitura qualitativa, quanto às dificuldades na promoção de mais acesso e acolhimento adequado às mulheres na rede de assistência. Uma leitura que busca compreender os fenômenos sociais na perspectiva do sujeito, a partir da psicanálise de orientação lacaniana, que propõe um novo estatuto do sujeito, que reconhece e considera a dimensão do inconsciente, a singularidade de cada um e a contingência do encontro possível com o outro.

Nesta direção, fizemos um estudo bibliográfico e clínico-teórico na obra de Freud e Lacan,

no que tange o tema da sexualidade feminina, o conceito de nome do pai e o tratamento possível das psicoses. Buscando com isto alargar a compreensão do conceito de sofrimento psíquico na psicanálise, sua incidência na maternidade e o cuidado e atenção necessários para que as equipes de saúde possam promover um acolhimento mais adequado às mulheres neste momento.

Com esta fundamentação, buscamos refletir sobre as transformações sociais e o impacto das mesmas na subjetividade e nas práticas de saúde, considerando o contexto em que emerge, no Brasil, o movimento de humanização do parto e nascimento, os resultados evidenciados pela pesquisa *Nascer no Brasil* (Fiocruz, 2014), e os avanços propostos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2014), quanto ao cuidado e atenção na primeira infância.

Trata-se de uma pesquisa preliminar – a uma futura pesquisa de campo-, na qual pretendemos propôr uma estratégia de intervenção, em que pesquisa e tratamento caminhem juntos, e que, no momento, busca fundamentar alguns elementos clínico-teóricos acerca dos impasses e dificuldades nas condições de parto e nascimento no Brasil. Para com isto circunscrever a problemática que motivou nosso estudo, ou seja, as condições de acesso e acolhimento das mulheres, mães e gestantes com sofrimento psíquico grave na rede de assistência materno-infantil.

Sobre a maternidade, faremos algumas considerações iniciais. Partimos do pressuposto de que a maternidade é um ato social, que está na base de fundação de diferentes culturas e sociedades. Um ato que se singulariza na materialidade do corpo de uma mulher, pluralizando-se em distintas e diversas maternidades. O que também nos permite entender que uma mãe nunca está sozinha com seu bebê; este vínculo constitui o tempo – no tempo –, tecido por desejos enigmáticos, culpas inconfessáveis, medos e afetos que demandam cuidado e atenção, e que atravessam gerações.

Trata-se de uma experiência universal que se singulariza, desvelando os paradoxos e as contradições que cercam a relação dos seres humanos com a sexualidade e expondo esta estranha proximidade entre o sexo, a vida e a morte, que nos angustia. Diante do indizível desta experiência, defendemo-nos, munindo-nos de conceitos, preconceitos e ideais de ser e de viver. E isto inflaciona conflitos e sofrimentos psíquicos, que, de forma mais ruidosa ou silenciosa, serão determinantes para os caminhos e descaminhos desta experiência, incidindo sobre a saúde materna, do bebê, e no modo como as famílias e as sociedades se articulam, se fundam e se refundam.

Parodiando o poeta, ao longo dos tempos, em diferentes culturas e sociedades, seguimos nos perguntando: para quem tem grana e quem não tem, índios, negros e alemães, o nascimento de uma criança faz, de uma mulher, mãe? De um homem, pai? De um bebê, sujeito de suas primeiras e primárias experiências de vida? Como nos tornamos sujeitos, seres sociais e humanos?

A escolha do tema vai ao encontro de nossa pesquisa clínico-teórica, sempre em curso, sobre o tratamento psicanalítico de pacientes com grave sofrimento psíquico. Esta nos levou a uma

dissertação de mestrado sobre *O Tratamento das psicoses: nas perspectivas de Freud e Lacan* (UFRJ/2011), ocasião em que nos inserimos no projeto *Circulando: Jovens e suas Invenções no Autismo e na Psicose* (Ed. Subversos/2014). Este desenvolve uma parceria do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro com o Instituto Pinel, o qual tenta ampliar as discussões sobre esta clínica e diminuir os efeitos da discriminação e da segregação social, ofertando a estes jovens a possibilidade de produzirem recursos inéditos que ampliem a sua participação social.

Seja no âmbito privado ou público, o acolhimento destes pacientes, problematiza o saber de médicos, psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, juristas e assistentes sociais, entre outros campos discursivos que se ocupam desta clínica. E nos coloca diante de questões éticas delicadas, que envolvem o desafio de promovermos intervenções mais inclusivas, que favoreçam um apoio mais adequado da família e da sociedade de uma forma geral.

Estes pacientes vivem sérias dificuldades em sua inclusão no laço social, o que dificulta também o acesso e a continuidade dos tratamentos. Entretanto, quando encontram um tratamento possível para seu mal estar psíquico, nos surpreendemos com os recursos que dispõem e propõem para, de forma singular, construírem respostas subjetivas estabilizadôres. O que nem sempre é aceito, reconhecido e identificado pela cultura e pela ordem social. Apesar de ser aquilo que lhes permite uma melhor orientação no campo da realidade, melhorando sua qualidade de vida e saúde, favorecendo um uso mais adequado de medicamentos e diminuindo a necessidade de internações.

Foi o que buscamos ilustrar com a trajetória de Tomás, que nasceu de uma gestação com múltiplos fatores de risco, mas que de forma surpreendente, sua mãe, com o socorro do estado, em um primeiro momento, consegue não só dar à luz a esta criança, como também sobreviver e retornar para casa. Um tempo depois, sob a tutela do estado e também com a escuta psicanalítica, Tomás faz valer a transmissão operada pelo discurso da mãe, que consente em ratificar o lugar deste pai na história do filho. O que abriu novas perspectivas de vínculos familiares e inserção social, não só para Tomás e sua companheira, mas também para a criança que acabava de nascer, agora sob os cuidados, proteção e atenção do avô paterno, que soube, neste momento, acolher e reconhecer a filiação que, de um modo tão singular, havia se constituído.

Para contextualizar o processo de construção da Política Nacional de Saúde Mental, precisamos lembrar que foi com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, que tivemos o início da redemocratização do país e a rediscussão do papel do Estado na saúde, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (Leis n. 8.080/90 e 8.142/90). O que deu condições para a criação, no Ministério da Saúde, em 1991, da Coordenação da Saúde Mental, responsável pela reformulação e implementação de uma política nacional.

Esta reformulação dos serviços de assistência está norteada pela promoção do resgate da cidadania e do reconhecimento do sofridor psíquico como sujeito de direitos, implicando na construção de novas formas de cuidado e atenção, visando o respeito à autonomia e à dignidade no tratamento destes pacientes. Uma atenção mais humanizada que favoreça a diminuição de internações, maior e melhor inclusão social e o fortalecimento dos vínculos familiares, com a comunidade, e os serviços da rede de assistência.

Sobre a saúde mental e o atendimento na rede de assistência, no Brasil, a pesquisa *Nascer no Brasil* (2014)- primeiro inquérito em território nacional sobre as condições de nascimento, com gestantes de risco habitual-, constatou ser a “depressão materna” pouco estudada e diagnosticada em nosso país. Mesmo sendo esta uma questão de suma relevância para a saúde da mulher, sua relação com a família e para o próprio recém-nascido, uma vez que dificulta o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, o aleitamento materno, trazendo sérias conseqüências, para o desenvolvimento da criança. O que indica que a depressão materna precisa ser mais investigada ao longo da gestação e no pós-parto, especialmente entre a população de maior risco social.

A partir destas considerações iniciais, vimos à pertinência do desenvolvimento de uma pesquisa preliminar, que objetivasse chamar a atenção dos profissionais da rede de assistência materno-infantil, sobre a importância de construção de um trabalho de equipe e inter-setorial, que possa favorecer uma melhor compreensão sobre a incidência do sofrimento psíquico na maternidade, promovendo a diminuição do preconceito e julgamento moral que, na maioria das vezes, balizam ações excludentes e inadequadas que comprometem a saúde materna e do bebê. Como também não favorece a recuperação psicossocial desta população e o futuro de gerações.

No primeiro capítulo, em Freud, iremos destacar sua concepção de sexualidade, que subverte a anatomia, articulando-a ao conceito de sujeito do inconsciente. A maneira como constrói o mito Edipiano, interrogando a sexualidade feminina e as conseqüências psíquicas da anatomia, sobre a subjetividade do menino e da menina. Postulando ser a maternidade, um modo de resposta da menina para sua relação com a falta fálica. O que não favorece uma relação sem conflitos, medos e inseguranças, entre a mãe e o bebê.

Sobre o mito freudiano, Lacan irá propor uma leitura em que desenvolve uma lógica, baseada em sua teoria do significante e do falo. O que abre a possibilidade de um novo entendimento sobre o lugar do Pai na constituição psíquica de um sujeito. Para Lacan, o pai é uma função simbólica, que insere o sujeito na cultura e no laço social, é o que está no fundamento da civilização, ou seja, a dimensão simbólica.

Esta função não se reduz ao biológico e ao genético, a presença ou ausência do pai da realidade no seio da família, pois é uma transmissão inconsciente e uma das atribuições da função materna. “Passar” o pai, a indicação de um outro lugar, que não a criança, para onde a mãe,

enquanto mulher, endereça seu desejo.

Quando esta transmissão não opera, temos uma psicose. Esta é a tese de Lacan, para a causalidade psíquica do desencadeamento psicótico, propondo o conceito de *forclusão*, para explicar os mecanismos presentes em uma série de fenômenos clínicos, em que a resposta que o sujeito constrói, diante de algumas situações da vida, vem de fora do campo simbólico, no real do corpo e dos pensamentos, através de alucinações e delírios.

A maternidade é uma situação limite, que pode agravar ou evidenciar este quadro, e isto de maneiras diversas. O que não impede que, com apoio, acolhimento e ajuda adequada, estas mulheres possam construir recursos subjetivos que as permitam, de um modo singular, exercer a função materna. É o que iremos propor com o estudo do tratamento possível na clínica das psicoses.

No segundo capítulo, a partir das formulações psicanalíticas, iremos propor - junto com outros autores -, uma reflexão sobre os efeitos das transformações sociais que sofremos nas últimas décadas, na subjetividade e nas relações sociais. Particularmente quanto à transição que vem ocorrendo nos últimos tempos, dos cuidados da primeira infância para as empresas, o Estado e os especialistas. Quais os efeitos destas mudanças na organização das famílias e no exercício das funções maternas e paternas na atualidade? Qual o lugar do sujeito nas práticas de saúde na atualidade?

É neste contexto que iremos interrogar as concepções que deram origem ao movimento de Humanização do Parto e nascimento, no Brasil, considerando os resultados evidenciados pela pesquisa *Nascer no Brasil* (Fiocruz, 2014), que indicam a necessidade de uma mudança no modelo obstétrico brasileiro – em que predomina a visão biomédica, que adota pressupostos que excluem a subjetividade -, para uma proposta de humanização, que reconhece que a experiência da parturição deve ser individualizada, respeitando os direitos da mulher e da criança, sem normas e procedimentos rígidos. Os resultados da pesquisa evidenciaram um paradoxo do modelo obstétrico vigente, temos uma maior cobertura de pré-natal em território nacional (90%), ou seja, mais presença de médicos junto às gestantes, mas um número muito alto de cesarianas (55%), bebês prematuros (11%), morte materna (60,1 mil) e neonatal (11,1 mil), por causas evitáveis por ações de saúde mais adequadas.

Estes dados orientaram algumas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2014), que entre os vários avanços, propõe uma concepção de crescimento e desenvolvimento pessoal com estreita vinculação com a família e com o social. Considerando que, neste período de desenvolvimento, o cuidador deverá ser acompanhado integralmente, “*com escuta atenta e olhar acolhedor do profissional de saúde, dirigidos a ambos e ao vínculo estabelecido entre eles*”(MS/Brasília, 2014).

Trata-se de uma diretriz política que demanda a construção de novas formas de cuidado e

atenção, que ampliem e aprimorem o respeito à autonomia e a dignidade no tratamento com esta população de maior vulnerabilidade psíquica e social. Promovendo uma atenção mais humanizada que favoreça a diminuição da tendência à psiquiatrização da saúde mental, a burocratização do processo de trabalho e o centramento das ações intramuros (SILVEIRA e VIEIRA, 2007). Um trabalho constante e permanente no qual a psicanálise poderá contribuir. Esta é a discussão que buscaremos desenvolver a seguir.



# CAPÍTULO 1 - O SOFRIMENTO PSÍQUICO, NAS PERSPECTIVAS DE FREUD E LACAN

A psicanálise surge da constatação de que o processo civilizatório resulta da intervenção de uma instância simbólica – o pai, ou a função paterna –, que promove a humanização do desejo e a civilização da pulsão. Isto não se dá sem conflitos, perdas e vários impasses. Não nascemos pai, mãe e filho, nos fazemos e nos tornamos – no tempo e com o tempo –, nas condições mais adversas, estando sempre muito aquém da função.

A origem da humanidade é marcada pela pergunta sobre a paternidade na função da procriação. Uma pergunta sem resposta, que não se reduz ao biológico e ao genético, e que está endereçada ao desejo materno. A maternidade, por sua vez, não responde ao que resta de enigmático da sexualidade feminina; esta é uma das saídas, uma das suplências frente à ausência de um significante que represente o que é ser uma mulher.

Ao final de seu ensino, Lacan apresenta uma nova interpretação do sintoma e um novo estatuto do sujeito, balizado por modos de amarração entre o real, o simbólico e o imaginário. A descontinuidade entre a neurose e a psicose é minimizada, e o tratamento, deslocado para a elaboração de estratégias suplementares de estabilização. A lei do pai deixa de ser o paradigma normatizador, abrindo novas questões clínicas, particularmente quanto à direção do tratamento nas psicoses.

## 1.1 Freud e a Sexualidade Feminina

A sexualidade só pode ser pensada em Freud em sua relação com a linguagem. Desde o “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895/1950), Freud postula um “aparelho psíquico” que estaria às voltas com a estrutura da linguagem, inscrevendo qualidades pelas intensidades. Ele se estruturaria por meio deste movimento de satisfações libidinais, que teriam, como elemento fundante, uma satisfação primordial (mítica) na relação com um Outro primordial (mítico), de onde extrairíamos as bases de nossa vida subjetiva.

Esta experiência primária e primordial deixa marcas estruturantes, introduzindo o *infans* num circuito de apelo-resposta da presença do olhar e da voz do Outro materno. Os cuidados maternos irão sustentar uma alternância entre presença/ausência, tensão/apaziguamento, que instala uma sincronia de diferenças. Ao choro e grito do bebê, o Outro materno responde com significações e ressignificações, investindo o corpo do bebê com atribuições e valores sucessivos, reconhecendo aí um apelo: está com fome, com frio, não gosta de luz, ou de barulhos; enfim, investindo este ser

de linguagem.

Para Freud, é esta diferença entre a satisfação buscada e a realizada que estrutura o aparelho psíquico. É o princípio do desprazer que coloca o aparelho em movimento, em uma ordem libidinal inconsciente, marcada por perdas, faltas e excessos. Um movimento que sempre deixa restos, marcas que se tornarão causa de desejo.

Freud foi médico neurologista e o criador da psicanálise. Escutando as histéricas de seu tempo, mulheres que sofriam de sintomas corporais – cegueiras, paralisias motoras, dores, entre outros –, elaborou a hipótese de que a causa era psicológica e não orgânica.

A questão do corpo nesta clínica se coloca para Freud como a própria descoberta do inconsciente, do desejo sexual e sua enigmática relação com a linguagem. A relação entre corpo e pensamento que submete a anatomia a articulações simbólicas.

Os sintomas destas pacientes expressavam um conflito psíquico, a satisfação de fantasias inconscientes, pensamentos que se construíam pelos processos de condensação e deslocamento, provocando uma satisfação substitutiva de “toda uma série de fantasias e recordações libidinais” (Freud, 1916/17). A certas partes do corpo são atribuídos valores simbólicos, que investem libidinalmente órgãos e funções, determinando uma satisfação com sofrimento.

Na histeria, postula Freud, haveria um processo de conversão, que consiste na transposição de um conflito psíquico para uma inervação. A libido é desligada de sua representação (palavra); esta fica sob recalque (esquecida) e é transformada ou deslocada para um órgão do corpo.

Esta compreensão sobre o corpo, para Freud, não se reduz à histeria, mas se estende a todos os seres humanos. O corpo se constitui através da articulação entre restos de imagens e palavras, voz e olhar, e fantasias inconscientes, ou seja, a partir de fragmentos da realidade.

Desta maneira, Freud separa a sexualidade humana da anatomia, articulando-a ao sujeito do inconsciente, postulando que a sexualidade é despertada desde muito cedo, pela incidência da fala e do desejo de um outro ser de fala sobre o corpo do bebê. O que se obtém de satisfação aí tem a ver com o pulsional, o libidinal, e não com o orgânico, o biológico. Nos seres humanos, há uma disjunção estrutural entre a sexualidade, os órgãos sexuais e as funções reprodutivas.

Desnaturalizando a sexualidade nos seres humanos, Freud postula que a dimensão pulsional é um conceito limite entre o psíquico e o somático (1915). É uma medida de trabalho psíquico que se impõe ao aparelho em consequência de sua ligação com o corporal, buscando efetivar uma articulação entre objeto (imagem) e representação (palavra), obtendo satisfação e descarga.

A pulsão seria uma força constante e permanente que exige descarga e satisfação. Não tem um objeto definido, e sim destinos e vicissitudes que se deslocam – tais como a reversão a seu oposto (amor-ódio), o retorno sobre o próprio eu (sadismo-masochismo), o recalque e a sublimação –, os quais inscrevem um circuito pulsional que se estrutura em quatro elementos: fonte, alvo,

pressão e objeto.

Esta exigência pulsional demanda um trabalho de elaboração constante do aparelho psíquico, buscando inscrever qualidades sobre as intensidades e apaziguar este constante mal-estar com o corpo. Repetição deste desencontro “estrutural” entre a satisfação buscada e a possível, encontrada.

É o que nos ensinam, desde muito cedo, as relações amorosas. Buscamos no outro aquilo que supomos que nos falta, ou que pode vir a nos faltar. O que também nos deixa muito vulneráveis, e, diante dos cotidianos desencontros e decepções, o amor sem limites dá lugar a um ódio devastador. Temos muita dificuldade de lidar com a falta, as privações e as frustrações.

A teorização freudiana vai tornar problemática a idéia da diferença entre os sexos, em relação aos termos “masculino” e “feminino”. O que Freud mostra é que a sexualidade humana não é regulada por uma dualidade entre homem e mulher, mas é una, e fálica. Não que a realidade anatômica não importa, pois ela vai se constituir sempre como um impasse para o sujeito humano, seja para aceitá-la ou opor-se a ela. Esta realidade, a da anatomia, vai se constituir num ponto de enigma, desconhecimento, não saber, tornando problemática a assunção do próprio corpo para todo ser falante. (LIMA, 2006, p. 13).

Não sabemos o que somos, nem o que queremos; deslocamos-nos nas coordenadas do desejo, que é sempre de outra coisa, que não se reduz a um objeto. O falo é o símbolo da falta, que se inscreve de modo significante, inconsciente, na economia libidinal de cada ser falante.

Com o conceito de narcisismo (1915), Freud postula que o Eu, como unidade narcísica, precisa ser construído, e que isto se daria em uma fase intermediária, entre o autoerotismo e a escolha objetal.

Este *narcisismo primário* se constituiria em um tempo em que a criança é objeto de investimento de um outro, que, com seu olhar, voz e cuidados, investe discursivamente neste ser. Sua hipótese se pauta na observação do amor parental, quando a criança ocupa um lugar no desejo dos pais, um lugar referido ao narcisismo dos pais. É a transformação do narcisismo dos pais, “de fundo tão infantil” (FREUD, 1914), que revestirá narcisicamente o corpo da criança: “Sua majestade o bebê!”, este é o lugar da criança freudiana.

Este seria um tempo fundamental para dar lugar a um outro momento, o *narcisismo secundário*, quando a criança poderá efetivamente realizar um deslocamento de parte desta libido para o mundo externo, abrindo-se para uma dialética libidinal com os objetos do mundo externo, entrando na lei edípica das trocas simbólicas.

Há um tempo, na origem do sujeito, em que as energias libidinais estão dispersas e coexistem de forma difusa e indistinta, o que Freud chamou de autoerotismo. É somente quando o investimento nos objetos se efetua que estas energias poderão ser discerníveis como libido do eu e libido objetal.

Esta passagem estaria condicionada à incidência de uma *nova ação psíquica*, a intervenção de um terceiro no vínculo da criança com a mãe, seu primeiro objeto sexual. Um outro que não a mãe, o pai, teria esta função de privar a mãe de seu objeto sexual, a criança, e a criança de seu primeiro objeto, a mãe.

É o consentimento nesta renúncia dos desejos infantis que irá balizar a busca do sujeito por outras satisfações e a projeção de ideais como possibilidade de recuperação desta satisfação. Ou seja, é desta posição de objeto de satisfação de um outro que extraímos as bases de nosso *Ideal do Eu*. Uma instância simbólica com função normativa sobre o desejo sexual, os investimentos libidinais, desejantes.

Em 1938, Freud postula que a realidade traumática da castração ocorre no Édipo, quando a visão dos órgãos genitais femininos ganha uma significação. A ameaça de castração, do lado do menino, e a inveja do pênis, do lado da menina. É através destas significações que a diferença sexual se inscreve, realizando uma articulação entre duas correntes contrárias: uma que nega a castração, outra que a reconhece.

É neste drama edipiano que Freud situa a relação da mulher com a maternidade. No mito do Édipo, o pai tem a função de regular a relação originária da mãe com o filho. A maternidade seria uma das soluções da menina para esta questão. Abandonar a mãe como objeto de amor, substituindo-a pela figura paterna, deslocando o seu desejo por meio da fantasia de ter um filho com o pai.

No texto “A organização genital infantil” (1938), Freud modifica a sua tese da universalidade do pênis e conceitua a *primazia do falo*, esclarecendo que a relação do falo com o pênis se constrói sobre o fundo de uma ausência, que já se sucedeu. A falta de pênis, quando ganha uma significação, tem como resultado a castração, uma operação eminentemente simbólica, que exige um trabalho de elaboração da menina, ao se defrontar com a castração em si mesma.

O menino supõe que todos os seres vivos têm pênis como o seu, e recalca o Édipo, renunciando à mãe como objeto, diante da ameaça de perdê-lo. A menina tem o pênis como perdido, o que a introduz no Édipo, no amor ao pai e na inveja do pênis. A constatação da falta nas meninas é vivida com hostilidade e ressentimentos dirigidos à mãe. Ela interpreta a castração como uma punição, um castigo infligido aos seres de sexo feminino.

Mantém, entretanto, a crença de que sua mãe possui o pênis, convicção que só será abalada com suas questões sobre a origem dos bebês. Surgem as teorias sexuais, como resposta para explicar a troca de pênis por um bebê, mas o sexo feminino permanece como um ponto de desconhecimento, de não descoberto. (LIMA, 2006, p. 23).

Em 1931, no texto “A Sexualidade Feminina”, Freud afirma que o Édipo, na menina, é

secundário, e, no menino, primário. A relação da menina com a mãe seria muito mais intensa do que havia pensado até então, e nesta ligação a menina teria uma posição ativa.

A escolha por um novo objeto amoroso que não a mãe exige algo mais da menina. Ela precisa fazer um duplo movimento, uma dupla mudança, quanto ao seu sexo próprio, e quanto ao sexo de seu objeto amoroso, no caso, o pai. Esta substituição faz retornar este laço particular com o desejo materno.

Freud situa esta questão como de difícil acesso e ultrapassagem, localizando aí “o germe da paranóia nas mulheres” (FREUD, 1938), que se apresenta como uma dependência exclusiva da mãe, que se revela sob a forma da angústia de ser devorada, assassinada pela mãe.

Diante deste impasse na relação com a falta, com a castração, Freud postula três saídas possíveis para a menina: a inibição da sexualidade (frigidez), o complexo de masculinidade, e a maternidade, a qual considera ser a atitude feminina normal. O desejo de filho, entretanto, para as mulheres, realiza um profundo questionamento de sua posição subjetiva, sua relação com a castração, sem possibilidade de harmonia, completude e dualidade.

Em um dos seus últimos textos – “Feminilidade” (1933) –, Freud adverte que a psicanálise não tenta descrever o que é uma mulher, mas sim entender como a menina se torna mulher. Freud sugere aos leitores que, quanto ao enigma “mulher”, consultem os poetas, ou a sua própria experiência de vida, ou que aguardem o que a ciência, no futuro, possa nos dizer algo mais quanto a isto.

## **1.2 Lacan e o nome do pai**

Jacques Lacan foi um médico psiquiatra que seguiu a carreira hospitalar, vindo a ocupar o cargo de médico chefe da clínica do Hospital Psiquiátrico de Sainte Anne, em Paris. É neste tempo que encontra uma interna, a quem chama de “Aimée”, cujo caso clínico estará no cerne de sua tese de doutorado, “A Psicose Paranóica em suas Relações com a Personalidade”, que defende em 1932.

Este encontro o conduzirá a uma análise e ao desenvolvimento de um estudo rigoroso dos textos freudianos, que chamou de “retorno a Freud”, por considerar que os neofreudianos se desviaram do que havia de fundamental na experiência psicanalítica. Nos anos 50, dá início a um trabalho de estudos, ensino e pesquisa, em que a transmissão oral é privilegiada: são os seminários públicos, que se realizam de 1953 a 1979. Publica em 1966 uma coletânea de 50 artigos, seus únicos escritos – *Écrits* –, estabelecidos por Jacques Alain Miller, e que foram publicados no Brasil em 1998.

Inicialmente, em seu trabalho de reinterpretação dos textos freudianos, estabelece uma interlocução com a filosofia (Hegel e Heidegger), a lingüística estrutural (Saussure e Jakobson) e a

antropologia (C. Lévi-Strauss). Posteriormente, a partir da formulação do conceito de objeto pequeno *a* (objeto ausente, resto incontento de gozo), estabelece uma interlocução com a lógica e a topologia, privilegiando a dimensão do gozo, esse resto inassimilável da linguagem, como sendo o campo, por excelência, da clínica lacaniana.

Sua primeira intervenção na psicanálise se dá através do texto “O Estádio do Espelho” (1949), situando o Eu como uma instância de desconhecimento do sujeito, de ilusão e de alienação. O espelho seria uma metáfora do grande Outro, campo da linguagem, do qual um sujeito é efeito. Somos seres de linguagem, o Eu não é o sujeito do inconsciente, mas o lugar das identificações imaginárias e das relações duais.

O sujeito do inconsciente é uma instância simbólica. Lacan reafirma a divisão constituinte de todo ser falante. Há uma autonomia da função simbólica, e o sujeito do inconsciente só comparece de forma pontual e evanescente, através das formações do inconsciente: os sonhos, os chistes (ditos espirituosos), os atos falhos e os sintomas, que estão submetidos às leis da linguagem – metáfora e metonímia, para Lacan; condensação e deslocamento, em Freud.

Estas formações do inconsciente estão noduladas por três sistemas de referência, três dimensões da experiência humana: o real, o simbólico e o imaginário. “Sem estes três sistemas de referência não é possível compreender a técnica e a experiência freudiana.” (LACAN, 1953).

Este sujeito, não mais assimilável ao Eu, não é um sujeito “pleno”, mas representado entre um significante e outro no plano das enunciações, o qual não se reduz aos enunciados do discurso “consciente”. Quando, no discurso corrente, um significante se ata a um significado, produz-se uma significação que, por sua vez, sempre remete a outra, em um deslizamento discursivo. “A natureza fornece, para dizer o termo, significantes, esses significantes organizam de modo inaugural as relações humanas, dão-lhes as estruturas e as modelam.” (LACAN, 1957/58).

Para Lacan, a imagem unificada do corpo no espelho é tributária de uma articulação, uma operação psíquica, entre corpo e linguagem, imagem e significante, simbólico e imaginário, que reveste o real do corpo. Trata-se de uma unidade formal e imaginária, que reconstitui o corpo fragmentado do *infans*, através de uma identificação especular, e produzindo um efeito de ilusão (“assunção jubilatória”) que, para se realizar, exige uma mediação simbólica, “uma matriz simbólica onde o eu se precipita em forma primordial, antes que se objetive na dialética de identificação ao outro e que a linguagem lhe restitua no universal a sua função de sujeito” (LACAN, 1949).

Em 1953, em seu primeiro seminário, Lacan se utiliza de uma experiência da física de Boasse, o experimento do buquê invertido, para demonstrar que a imagem real do buquê invertido que se produz no gargalo do vaso, por efeito de uma ilusão no espelho, exige que o olho se situe no interior do espelho esférico. Ou seja, que o sujeito, a criança, tenha um lugar posicionado no desejo

materno. Caso contrário, as coisas serão vistas em seu estado real, de forma fragmentada: um vaso vazio e as flores isoladas, as pulsões dispersas. Real, simbólico e imaginário desnodulados.

Quer dizer que, na relação do imaginário e do real, e na constituição do mundo tal como ela resulta disso, tudo depende da situação do sujeito – vocês devem sabê-lo desde que lhes repito – é essencialmente caracterizada pelo seu lugar no mundo simbólico, ou, em outros termos, no mundo da palavra. É desse lugar que depende o fato de que tenha direito ou defesa de se chamar *Pedro*. Segundo um caso ou outro, ele está no campo do cone ou não está. (LACAN, 1953/54, p. 97).

Através de sua trilogia – o real, o simbólico, e o imaginário –, Lacan postula que o objeto, desde Freud, coloca-se como o que é “perdido”, desde sempre, na relação com o Outro materno. Trata-se de uma operação simbólica que engendra o aparelho psíquico, com uma tendência sempre fracassada de reencontro com este objeto. Uma perda com a entrada na linguagem que engendra faltas, e que coloca em causa uma cadeia de significantes, os quais irão balizar os investimentos libidinais e as relações sociais.

A entrada do sujeito, desde tenra idade, na dialética das identificações, é tributária de operações psíquicas inconscientes, que exigem renúncia pulsional, para que possa constituir-se como sujeito do desejo, capaz de suportar as exigências da cultura e do laço social.

Em sua releitura do Édipo freudiano, Lacan propõe que ele se daria em três tempos lógicos estruturantes que não se reduziriam a estágios de desenvolvimento, mas seriam tempos de “integração do sistema simbólico” (LACAN, 1953/54). Para a psicanálise, o tempo deve ser entendido como história, uma construção permanente no presente do passado, e um passado que o sujeito só poderá ter acesso, num movimento de antecipação e retroação, em um *a posteriori*.

*Nachträglichkeit* é uma palavra introduzida por Freud para designar um processo de reorganização ou reinscrição dos acontecimentos traumáticos, que só adquirem significação para o sujeito num *a posteriori*, ou seja, em um contexto histórico subjetivo posterior, que lhes confere uma nova significação. Expressão que Lacan atualiza com o *après coup*, que diz respeito à temporalidade subjetiva e à causalidade psíquica, significativa.

No primeiro tempo do Édipo, o Outro materno, a mãe, na maioria das vezes, funciona como lei caprichosa, onipotente e incontrolável, que pode querer ou não atender aos apelos do bebê. É com o desejo da mãe que o bebê “especularmente” se identifica, “supondo” saber o que satisfaz este Outro. Etapa que Lacan chamou de *fálica primitiva*, quando a primazia do falo está instaurada pelo símbolo, pelo discurso e pela lei da linguagem. E o bebê tem apetência, não de cuidados, contato e de presença fria, técnica e automatizada, mas do desejo da mãe, este ponto enigmático do olhar e da voz deste Outro.

O *manhês* expressa exemplarmente esta dialetização entre mãe e bebê. São atos de fala,

mesmo que ainda não sejam realizações lingüísticas. É a loucura necessária às mães, quando a ênfase não está no significado, mas no *como*, no modo e na modulação.

O comportamento dialógico da mãe antecipa um lugar de sujeito para o bebê ao mesmo tempo em que participa da construção de uma demanda que ainda não existe. Ela cria e sustenta os intervalos para que o bebê possa se manifestar e toma suas manifestações como portadoras de sentido. A mãe escuta significantes onde há apenas realização sonora não identificável como elemento lingüístico. (CATÃO, 2009, p. 165).

A simbolização, neste tempo, se afirma no plano do imaginário; o desejo da criança baliza-se no que virtualmente se inscreve como o que deseja a mãe em termos objetivos, em um mundo falante onde o símbolo está presente.

A mãe como Outro absoluto introduz a criança no mundo da linguagem, e está no lugar do objeto primordial, apresentando o gozo mítico, perdido com a entrada na linguagem. Diante deste Outro onipotente, a criança vai se esboçar como *assujeito* (LACAN, 1957/58), profundamente assujeitada aos caprichos daquele de quem depende. “É a isto que se chama *loucura*. Estou submetido à lei do arbitrário, do capricho.” (JULIEN, 1999).

Um tempo em que a presença paterna, mesmo estando velada pelo desejo da mãe, comporta este mais além, para onde o olhar da mãe se endereça. Um mais além que demanda mediação simbólica, a qual é dada pela posição que o pai ocupa na fantasia materna, situando sua presença e palavra na ordem simbólica, que é o desejo da mãe.

É isto que insere a criança no segundo tempo do Édipo, uma etapa transitória, quando, no plano imaginário, o pai intervém como aquele que pode privar a mãe do objeto de seu desejo, o falo. Lei do Pai, do interdito paterno, que também retorna, imaginariamente, à criança, desvinculando o sujeito de sua identificação ao lugar de objeto.

Para tanto, é necessário que a mãe consinta na entrada de uma lei que não é dela, mas de um outro Outro, o pai, que se afirma como presença interditora do desejo materno, promovendo um corte que impedirá que a criança fique aprisionada nesta desordem que é o desejo da mãe. Que liberará a criança do risco de ser “fagocitada” por este engodo da completude, se fazendo de objeto capaz de saturar a falta materna.

Uma questão que podemos reconhecer na trajetória do jovem Tomás que, com todas as condições tão adversas, pôde fazer-se sujeito do desejo de viver e ter reconhecido o nome do pai, um significante que o orientou diante dos descaminhos e paradoxos do desejo. E isto não sem o consentimento de sua mãe que, a seu modo e tempo, soube passar o pai, o lugar do endereçamento de seu desejo, como mulher, e que deu origem a este filho.

É o pai que, por sua presença e palavra, dará o reconhecimento de que à mãe falta algo (o



falo), que ela é desejante de outras coisas que a criança não pode lhe dar. E esta é uma das atribuições da função materna, passar o pai à criança, transmitir o nome do pai, “um desejo que não seja anônimo, e que seus cuidados tenham a marca de um interesse particularizado”. (LACAN, 1969)

Esta é uma etapa crucial para a entrada da criança no terceiro tempo do Édipo, quando o complexo declina. Para isto, aquilo que o pai prometeu precisa ser mantido. Ou seja, por intervir como aquele que tem o falo, mas não o é, que ele possa fazer uma balança que reinstaure a instância do falo como uma função simbólica. É desta maneira que a identificação ao pai será possível, identificação que Lacan chamou de *Ideal do Eu*, uma instância normativa do desejo sexual que possibilitará a cada um, não sendo o falo, tê-lo ou não tê-lo, fazer-se homem ou mulher na partilha dos sexos, sexual-se e sexualizar-se, fazendo um uso significativo das insígnias paternas.

Para Lacan, o pai, no exercício de sua função, não só recalca o desejo da mãe, mas também liberta e possibilita que mãe e criança não fiquem aprisionadas pelo engodo da completude. Não há um sem o Outro, mas um não é o Outro. A função paterna não se reduz ao biológico e ao genético, pois responde ao que está no cerne da humanidade, a dimensão simbólica, que ordena, organiza e regula as relações sociais.

Conforme um velho adágio jurídico – *Pater incertus est mater certus* –, a paternidade constitui uma pergunta sem resposta que sustenta esta dimensão da incerteza que insere o sujeito nas coordenadas do desejo. Freud formula um mito, o mito Edipiano; Lacan propõe uma lógica, e com sua teoria do significante e do falo, propõe uma estrutura onde a falta baliza uma dialética entre lugares, funções e relações. Pai, mãe e criança situam uma filiação que se constrói, desconstrói, atualizando-se, e ressignificando o tempo, no tempo.

Esta filiação se estabelece por um ato de nomeação que confere à criança uma identidade. O nome do pai é um significante que articula lei e desejo; um significante que substitui o primeiro significante introduzido na simbolização, o desejo da mãe, possibilitando que a criança aceda à linguagem, podendo se responsabilizar pelo valor de uso que fará dos significantes que advêm deste campo; criando, inventando um saber fazer com Isso, saber bem dizer seus sintomas.

Sobre o Édipo freudiano, Miller propõe que a metáfora paterna não significa somente submeter o desejo da mãe ao “cabresto da lei do pai”, mas ela realiza uma divisão do desejo na mulher. “Quer dizer que há uma condição de não todo, que o objeto criança não deve ser tudo para o sujeito materno, mas que o desejo da mãe deve se dirigir para um homem e ser atraído por ele.” (MILLER, 1998). Que pode ser o pai da criança, ou algum outro, que tome esta mulher e suas “procriações” como objeto causa de seu desejo, e que ela consinta nisto, acrescentamos.

A maternidade não responde ao que resta de enigmático da sexualidade feminina; esta é uma das saídas, uma das suplências possíveis frente à ausência de um significante que represente o que é

*ser mulher.*

### **1.3 O tratamento possível na clínica das psicoses**

É com sua teoria da defesa que Freud desenvolve uma distinção entre a economia psíquica de dois tipos clínicos, dois modos de resposta frente à privação do desejos infantis, presente na estruturação subjetiva de todo ser humano.

Na neurose, o sujeito renuncia a uma parte da satisfação pulsional, substituindo e projetando, nos ideais, uma possibilidade de recuperação desta satisfação, através de fantasias inconscientes que estão na origem dos sintomas. Estes expressam uma satisfação substitutiva, paradoxal, que realiza um retorno do recalcado, representações conflitantes para o eu.

No caso das psicoses, o processo seria diferente. Estes pacientes vivem uma ruptura mais radical com o mundo externo: há uma retirada da libido das coisas e das pessoas, sem possibilidade de substituição na fantasia. É através do delírio e das alucinações, postula Freud, que o sujeito busca restaurar a ligação da libido com o objeto, com o mundo externo (FREUD, 1914). Uma defesa precária, pois esta realidade que o sujeito cria o aprisiona na posição de objeto de um Outro todo saber e poder.

Esta é uma problemática que se faz presente na condução do tratamento destes pacientes. Esta tentativa de restauração do vínculo com a realidade está a serviço das pulsões dispersas, que não se deixam dominar pela realidade. É um trabalho psíquico, de construção, a partir de fragmentos da realidade que, para Freud, associam-se através de dois mecanismos: a negação e a projeção, formando juízos e idéias fixas, uma barreira criada pelo aparelho psíquico para conter a entrada de elementos novos que possam questionar esta realidade criada pelo sujeito.

Nestes casos, diante de algumas contingências da vida, o sujeito responde regredindo ao narcisismo, reproduzindo esta posição “primária” em que o eu era objeto de um outro, perseguidor, amante ou traidor, conforme o modo de negação recaia sobre o sujeito, o verbo ou o complemento da frase. O que Freud explica em seu estudo do caso Schreber (1911), ao propor a “gramática do delírio” em sua interpretação das produções do sujeito.

Freud não atendeu Schreber, mas leu suas memórias – Memórias de um Doente de Nervos –, sabendo reconhecer uma verdade em causa nas construções delirantes do sujeito; identificando os mecanismos e os fenômenos de linguagem presentes nos delírios e nas alucinações. Desta maneira, Freud retira a psicose de uma abordagem puramente orgânica e médica, restrita aos asilos hospitalares. Dá um tratamento ético às produções do sujeito, reconhecendo nelas um valor de verdade, expressando a busca do sujeito por uma estabilização com o campo da realidade.

É da clínica da neurose que Freud desenvolve sua concepção da transferência. Um

fenômeno fundamental para o estabelecimento de um tratamento psicanalítico, que chamou de “amor de transferência”. A possibilidade que o paciente tem de fazer uma substituição, e deslocar para a “figura do médico” (FREUD, 1911) seus conflitos psíquicos, podendo interpretá-los, ressignificá-los.

Isto é algo que Freud considera difícil de ser estabelecido na psicose, e de difícil manejo pelo psicanalista, na medida em que estes fenômenos transferênciais não são passíveis de redução pela interpretação.

Foi o encontro com estes pacientes, particularmente com *Aimée*, que levou Lacan a uma análise e a um estudo sistemático dos textos freudianos, sempre formulando a pergunta que perpassa toda a sua obra: o que é o saber?

Fui mordido por alguma coisa que me fez, docemente, deslizar em direção a Freud (...) pode parecer surpreendente que seja a propósito da psicose que eu tenha deslizado em direção a esta questão. A questão é: o que é o saber? (...) Fiquei preso ali, porque a paciente de minha tese, o caso *Aimée*, ela sabia. Simplesmente, ela confirma isso de onde vocês compreendem que parti, ela inventava. Certamente, isso não basta para assegurar, para confirmar que o saber se invente, porque, como se diz, ela dizia *doidices*. Só que assim que veio a suspeita. Naturalmente, eu não sabia. (LACAN, 1974, p. 24).

*Aimée* foi internada aos 38 anos no Asilo de Sainte Anne, quando teve sua segunda crise psicótica, logo depois de ser presa por um atentado contra uma atriz famosa. Em seu delírio, a atriz zombava dela e a ameaçava através de matérias nos jornais, o que provocou a tentativa de homicídio.

Lacan acompanha *Aimée* por um ano e meio, elaborando os elementos clínicos do caso em sua tese de doutorado. É quando propõe o conceito de ‘paranóia de autopunição’ (1932), ainda inexistente nos quadros clássicos da psiquiatria, o que irá rever mais tarde, propondo a denominação de ‘erotomania’ (1966), como a forma de amor que se apresenta na psicose.

Para Lacan, o começo dos distúrbios da paciente se deu aos 28 anos, quando ela engravida. É neste momento que começa a emergir o seu delírio com temas de perseguição e grandeza, e ela começa então a atribuir, a todos a seu redor, o desejo de morte a seu filho. Este bebê nasce morto, reforçando o seu delírio, e fazendo com que ela atribua a responsabilidade do acontecimento a seus inimigos, particularmente, a uma mulher, sua melhor amiga.

Um tempo depois, ela engravida novamente e dá à luz a um menino, retornando a um quadro depressivo. Um tempo depois, ela deixa a criança aos cuidados de uma irmã, vai para os EUA e depois para Paris. Queria ser uma escritora. Acusava a família de ter armado um complô contra ela, para lhe tirar o filho e interná-la em uma casa de saúde.

Em 1958, Lacan apresenta o texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da

psicose”, no qual se dedica a uma releitura do caso Schreber, articulada à sua teoria do significante e do falo. Nele, propõe uma causalidade significativa no desencadeamento psicótico, a partir de sua tese da forclusão do nome do pai, conceito que constrói para explicar um mecanismo presente nestes casos, quando se produz a rejeição de um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito. Este significante foracluído retorna sob forma alucinatória no real.

Nesta estrutura, a função simbólica não opera, ou opera de forma precária, e quando algumas circunstâncias da vida fazem questionar a posição do sujeito, e este significante é convocado, e não vem, ou vem de fora da amarras do simbólico, eclodem uma série de fenômenos clínicos.

Estes podem se dar de diferentes formas e maneiras, através de alucinações, alterações de linguagem (eco de pensamento, diferentes formas de automatismo mental), palavras impostas, idéias delirantes ligadas à sexualidade, ao amor e ao corpo, passagens ao ato (automutilações), disfunções corporais, libidinais (perda do sentimento de vida), mortificação e cadaverização.

Desta maneira, Lacan propõe uma abordagem lógico-estrutural da psicose, inserindo-a no campo da fala e da linguagem, e o sujeito e o campo da realidade como produto da estrutura da linguagem. Reconhecendo que as construções delirantes podem adquirir um valor de suplência, de metáfora delirante, suprimindo os efeitos da forclusão. Realizando uma distância, uma separação “possível”, entre o sujeito e o Outro. Esta seria uma “solução elegante”, diz Lacan, que esvazia a consistência imaginária deste Outro todo saber e poder.

Tal a problemática que se coloca na vida destes pacientes, dificultando o seu crescimento e desenvolvimento, quando emerge na infância, ou quando, de maneira mais ruidosa ou silenciosa, surge na adolescência ou na idade adulta, dificultando seus vínculos afetivos, eróticos e sociais, bem como o acesso e a continuidade de um tratamento. São muito suscetíveis a rupturas bruscas com o tecido discursivo e o laço social.

Por efeito da forclusão, suas defesas realizam uma paridade entre o eu e o objeto, produzindo uma inversão. O sujeito cai para a posição de objeto, imputando ao outro – por vezes o médico, psicólogo e/ou psicanalista –, o saber inconsciente que aí emerge sem o véu da fantasia. Falam e fazem *doïdices*, como se diz freqüentemente, e isto nos assusta, causando medo e angústia.

Para Lacan, a transferência estrutura um campo, o campo da linguagem, onde a fala ocupa uma função, e o analista uma posição, o que não impede que os fenômenos transferenciais, nas psicoses, possam se servir de um tratamento psicanalítico. Caberá ao analista saber acolher, apoiar, reconhecer e identificar, nas produções do sujeito, o trabalho psíquico, o tratamento possível que este sujeito constrói, inventa e propõe para seus impasses na relação com o Outro.

Nesta clínica, Lacan indica para os analistas a posição de *secretário do alienado* (LACAN, 1955/56), tomando as palavras do sujeito ao pé da letra, abstendo-se de interpretá-las. Oferecendo

uma presença que, por seu silêncio, ações e palavras não dêem consistência a este Outro que invade o corpo e os pensamentos do sujeito.

Nestes pacientes, as significações os invadem, antecipam-se ao tempo de seu desenvolvimento; as respostas vêm antes das perguntas, são certezas delirantes. O grau de certeza é proporcional ao vazio que se apresenta no próprio lugar das significações. São interpretações que vêm do campo do Outro, sob a forma de vozes, olhares, injúrias.

Nos anos 70, Lacan estabelece uma interlocução com a lógica e a topologia, apresentando uma nova interpretação sobre o sintoma, e um estatuto do sujeito balizado por modos de amarração, de nodulação entre o real, o simbólico e o imaginário. A descontinuidade entre neurose e psicose é minimizada, e o tratamento se desloca para a elaboração de estratégias suplementares de estabilização. A maneira singular de cada sujeito saber fazer com o impossível da relação sexual (LACAN, 1972/3).

Nesta formulação, Lacan realiza uma disjunção entre Édipo e castração. A lei do pai deixa de ser o paradigma normatizador, e a castração passa a ser referida ao funcionamento das leis da linguagem, pois o gozo é interdito pela articulação entre significante e gozo. O lugar da alteridade na estrutura não é necessariamente dado.

Deslizando do complexo de Édipo para a pluralização dos nomes do pai, Lacan (...) distingue o pai como nome e o pai como nomeador, indicando que a nomeação será um quarto elemento, não necessariamente o simbólico. Neste caso, o acento está colocado na função de fazer nó, isto é, de manter os registros individualizados, o que é diferente de ser suporte para um simbólico. Nessa formulação, sobressai uma nova concepção do laço social, a da pluralização dos nomes do pai, que remete a modalidades de suplência à relação sexual que não existe. (DIOGO, 2008, p. 87).

Esta formulação da pluralização dos nomes do pai, como este quarto elemento, quando um significante adquire função de nomeação, abre a possibilidade de reconhecemos novas, diversas e singulares modalidades de suplência. A clínica se amplia e se complexifica, abrindo novos campos de estudos e pesquisas frente aos desafios propostos pelas manifestações contemporâneas do sofrimento psíquico.

Miller propõe o termo “psicoses ordinárias”, fazendo um contraponto às “extraordinárias”, clássicas, mais freqüentemente presentes no imaginário social, para situar alguns quadros clínicos que, no discurso psiquiátrico, são chamados de “simples” ou “inespecíficos”. Trata-se da “psicose compensada, a psicose suplementada, a psicose não desencadeada, a psicose medicada, a psicose em terapia, a psicose em análise, a psicose que evolui, a psicose sinthomatizada – se me permitem”. (MILLER, 2005, p. 200). O autor propõe, referindo-se ao estudo que Lacan desenvolve sobre a obra de James Joyce, postulando a hipótese de a mesma ter tido um valor de suplência a ausência do nome do pai, na estrutura subjetiva do sujeito. Reconhecendo neste autotratamento empreendido

pelo sujeito, ao longo de sua vida, um valoroso ensinamento, que pode orientar o trabalho daqueles que se ocupam desta clínica.

A maternidade é uma situação limite, que questiona a posição subjetiva da mulher. Pode agravar e/ou evidenciar quadros clínicos “inespecíficos”, ainda não identificados ou tratados adequadamente. A depressão materna, psicose puerperal, e alguns quadros melancólicos, são formas diversas de manifestação do sofrimento psíquico, os quais trazem sérias conseqüências para a saúde da mulher e do bebê, dificultando ou impossibilitando o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho.

O avanço da cobertura pré-natal, no Brasil, coloca novos desafios para os profissionais de saúde e para os serviços da assistência, que precisam adequar-se mais às especificidades destas usuárias, o que também possibilita melhorar a qualidade do atendimento, diminuindo índices ainda tão negativos para a saúde das mulheres e dos bebês.

A ética da psicanálise não tem um ideal de cura e de saber. O saber se inventa, se cria. É no caso a caso, na contingência do encontro e na singularidade de cada um que as estratégias de possíveis soluções subjetivas poderão ser construídas. É num território dialógico com outros campos discursivos de saber que poderemos tomar a impossibilidade de relação sexual como um princípio de trabalho, entre os diversos setores da rede de assistência.

As concepções de clínica e cuidado, balizadas por um novo conceito de sujeito, podem abrir novos paradigmas, que podem reorientar os serviços de saúde. A Clínica Ampliada é uma estratégia de trabalho que propõe a produção de um trabalho inter-setorial, favorecendo o estabelecimento de vínculos e de responsabilidade, de cada sujeito, com as conseqüências de suas ações; ou seja, entre os agentes de saúde, e destes com as usuárias. O que pode promover ações mais efetivas e inclusivas nas práticas de saúde.

Um trabalho que poderia contribuir para uma melhor compreensão dos profissionais de saúde sobre o sofrimento psíquico grave, seus modos de incidência, agravos e possibilidades de manejo e acolhimento. Como também poderia favorecer que pudéssemos promover novas soluções para a maternidade destas mulheres que não somente as contraceptivas, de esterilização, separação definitiva da criança de seus pais para adoção, ou institucionalização. Procedimentos que, na maioria das vezes, vem sendo decididos de forma burocrática e indiscriminada, balizados pelo preconceito e julgamento moral, comprometendo a recuperação psicossocial destas mulheres e o futuro de gerações.

## **CAPÍTULO 2 - A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO: UM LUGAR PARA O SUJEITO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE**

Para a psicanálise de orientação lacaniana, o ser humano se civiliza por meio de uma hiância irreduzível, que situa a impossibilidade de uma relação de completude ou de harmonia entre corpo e linguagem, entre desejo e gozo.

Para Lacan, na sociedade contemporânea, com o declínio da imago paterna, e a articulação do discurso da ciência com o capital, sofremos os efeitos de uma mudança na ordem discursiva, que hoje está marcada pela supremacia dos objetos sobre os ideais.

O avanço da medicina contraceptiva (pílula e DIU) e da medicina reprodutiva, somado à entrada das mulheres no mercado de trabalho, modificou a sexualidade feminina e a dinâmica das famílias, criando condições para o surgimento de novas formas de conjugalidade e parentalidade, promovendo, igualmente, uma transição dos cuidados da primeira infância para os governos, as empresas e os especialistas.

Neste contexto, faremos um breve estudo sobre as concepções que deram origem, ao movimento de humanização do parto e do nascimento no Brasil, interrogando o lugar do sujeito nas práticas de saúde, considerando os resultados evidenciados pela pesquisa Nacer no Brasil (Fiocruz, 2014), que indicam a necessidade de mudança do modelo obstétrico brasileiro – em que predomina a visão biomédica – e as inovações propostas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2014) na primeira infância.

### **2.1 O lugar do sujeito na sociedade contemporânea**

A psicanálise surge da constatação de que o ser falante nasce de uma hiância irreduzível entre corpo e linguagem, e de que o que insere o sujeito na cultura é um fato de linguagem, uma filiação simbólica transmitida discursivamente e que dá suporte a uma função simbólica – o pai – que, ao longo dos tempos, foi identificada a uma figura de lei, saber e poder.

A origem da humanidade se funda sobre a pergunta pela paternidade na função da procriação. Uma pergunta sem resposta, ou, melhor dizendo, cuja resposta possível não se reduz ao biológico e ao genético, sendo endereçada ao enigma do desejo materno, que pode consentir ou não, por razões diversas, com esta transmissão.

Lacan propôs um outro modo de articulação da função paterna. Um modo mais contemporâneo, mais referido à dimensão do real da pulsão que acossa o sujeito moderno – seja homem, mulher e/ou criança –, convocando-o a construir uma resposta subjetiva possível frente ao

impossível da relação sexual. Ligando e separando corpo e pensamento, lei e desejo, significante e significado, simbólico e imaginário; podendo, assim, civilizar esta dimensão imperativa da pulsão de morte, que impõe e exige uma satisfação sem limites e sem lei.

Sobre a pós-modernidade e a incidência destas mudanças discursivas nas subjetividades, Jean-Pierre Lebrun, no livro *O Mundo sem Limite* (2004), destaca alguns sintomas sociais: a mundialização da economia (globalização), a desafetação do político, o crescimento do individualismo, a crise do estado providência, os excessos da tecnologia, o aumento da violência, a evitação do conflito e a escalada da juridicidade. Na clínica, destaca alguns quadros paradigmáticos deste tempo, tais como as toxicomanias, as bulimias, as anorexias e as depressões.

Para o autor, o progresso da ciência, associado ao avanço do neoliberalismo e ao declínio da imago paterna, promoveu a ascendência de um “despotismo maternante” que primaria pela lógica da dependência. Tal despotismo deixaria o sujeito “colado” às falas maternas, ou seja, ao lugar das certezas enganosas, em detrimento do campo das incertezas, no qual ele teria a chance de se sustentar como sujeito do desejo. É isto que, na modernidade, sistematicamente, o sujeito tentaria evitar e adiar, transferindo a culpa e/ou a responsabilidade de suas decisões para o Outro da ciência, do social ou do capital.

A releitura do Édipo freudiano proposta por Lacan, postula Lebrun, possibilitou o entendimento de que a instalação das identificações no psiquismo do sujeito se daria por um processo simbólico, o qual implicaria a intervenção de um pai real, com uma função proeminente no complexo de castração, ou seja, na inscrição simbólica da falta.

A função paterna libertaria a criança do imperativo incondicional da reciprocidade do amor materno, possibilitando que este assumo o seu lugar no público, no social. O amor paterno presentificaria uma outra forma de amor, com limites e condições.

A adolescência seria um momento de questionamento desta operação que, para se validar, precisa ser reconhecida socialmente. Ou seja, mesmo estando inscrita na realidade psíquica de um sujeito, esta função precisa encontrar suporte no social, possibilitando a este sujeito prescindir da presença efetiva de um pai real e se sustentar como sujeito do desejo, passando da posição infantil para o mundo adulto, do privado ao público.

(...) é preciso que o social venha homologar o que é sustentado no seio do recinto privado. A sociedade deve estar congruente com aquele que sustenta o lugar ao interferir como pai real tanto em relação à criança quanto em relação à mãe. (LEBRUN, 2004, p. 43).

Sua hipótese é a de que, com a sobrevivência do discurso da ciência e seus “implícitos”, subverteu-se de maneira inédita o equilíbrio em jogo nas famílias, tornando o exercício da função paterna muito difícil na vida privada. Isto produziu um novo laço social, cujo motor não seria mais



a enunciação de um mestre, mais um saber de enunciados “acéfalos”. Um cientificismo que promoveria a produção de um saber sem efeito de verdade, e que teria como norte a busca da certeza, balizada pelo pragmatismo, pelo tecnicismo e pela eficiência como critérios de validade. Em outras palavras, os conhecimentos seriam organizados segundo a lógica das necessidades do mercado. Um tipo de funcionamento do saber com pretensão totalizadora, o que faria eco ao sentimento de onipotência infantil, que transforma impossibilidade em impotência.

O discurso tecno-científico relança o voto de onipotência inscrito na realidade psíquica do sujeito, e é o que está na base dos sistemas totalitários, afirma o autor, que exercem um poder desmedido e capturante na sociedade. Já no sistema democrático, em consonância com a estrutura da linguagem, o lugar do poder permanece vazio; ele é o lugar da alteridade, que sustenta a possibilidade da criação do novo, da invenção.

Se o voto do tirano é se livrar do feminino, do que é suporte da alteridade, o sistema totalitário visa eliminar não só o suporte da alteridade, mas o que a funda: é a esse título que ele se liga à função paterna, que, como vimos, posiciona a alteridade. (LEBRUN, 2004, p. 89).

A tirania visa fazer Um sem o Outro, exterminar a diferença (vide: nazismo), o totalitarismo visa fazer Um com o Outro, impor pela força da repressão um único Ideal de ser. A democracia entende que não há Um sem o Outro, que existem diferenças, diferentes modos de viver e pensar, e este convívio das diferenças demandam o pacto da palavra, da negociação, do consentimento entre o Um e o Outro. O que não é sem conflitos, tensões, disputas e rivalidades, que as leis e as políticas públicas, junto com a sociedade civil, não cessam de tentar mediar, regular e regulamentar.

Quando esta alteridade não está posicionada na ordem discursiva vigente, ou seja, quando a função paterna não está operando, o sujeito fica capturado pelo imediatismo das satisfações urgentes das necessidades, não encontrando a resistência estável de um objeto (“ausente”) que possa fazer frente à busca compulsiva por satisfação, e sucumbindo à dimensão destrutiva da pulsão de morte. O valor simbólico dos objetos não opera, a pulsão perde o seu caráter conservador, abolidora de tensão, de apaziguamento, levando o sujeito a uma confusão entre “renunciar ao desejo ou renunciar ao gozo do objeto primordial do desejo” (LEBRUN, 2004).

Um fenômeno muito presente na atualidade, e que leva às famílias a endereçarem os seus conflitos e dificuldades para o Estado, seus representantes legais, e os especialistas. Fazendo com que as famílias façam um apelo por presença e intervenções de modo a suprimir os efeitos da ausência de funcionamento da função paterna, regulando os afetos e as relações de poder e autoridade na vida privada.

Para Lebrun, o Estado pode e deve saber acolher esta demanda, autorizando-se através de ações que possam restituir a possibilidade de cada família se responsabilizar pelo exercício da

função paterna, lugar da palavra mediadora, da tolerância e do consentimento, entre diferentes e diferenças. A questão não é o que fazer, mas *como* fazer para que cada um possa se implicar nas conseqüências de suas ações.

Sobre as mudanças na sexualidade feminina, M.M. Chatel, no livro *Mal-Estar na Procriação* (1995), faz uma análise de sua experiência clínica nos hospitais franceses, interrogando-se sobre os efeitos subjetivos da contracepção e do aborto sobre a fecundidade e questionando o engajamento das mulheres com a medicina reprodutiva, um mercado extremamente *indutor*.

O advento da pílula, postula Chatel, trouxe a “liberação sexual” das mulheres, a possibilidade de se fazer sexo sem gerar filhos. No entanto, isto aproximou delas a culpa e a responsabilidade pelos “acidentes” neste âmbito. Isto fez com que a procriação se tornasse um assunto eminentemente feminino, afastando cada vez mais o desejo do homem, do pai, na questão, favorecendo a disjunção entre ato sexual e procriação, como também reforçando dois mitos muito presentes no imaginário social – a “criança desejada” e a “não desejada” –, balizados pela boa lógica voluntarista do *eu*.

A contracepção, em princípio, está aí para evitar filhos “não desejados”, logo, para evitar os abortos. Pela boa lógica, se tomarmos um anticoncepcional não estamos nos arriscando a uma gravidez indesejável, portanto, tampouco a um aborto. Esta é uma questão de informação e educação, é o que nos dizem. Na França, paradoxalmente, foi quando a contracepção já era plenamente utilizada em toda parte que a lei autorizando o aborto foi votada. Isso quer dizer que já se sabia que a rede da contracepção estava furada e era preciso, realmente, consertar suas falhas. São os ginecologistas e as feministas que proclamam que a contracepção serve para ter apenas as “crianças desejadas”. Pois, para eles, é “criança desejada” uma criança que se decidiu fazer nascer e, por oposição, as “crianças não desejadas” seriam aquelas cuja vinda não foi voluntariamente decidida. No espírito desta norma voluntarista, seria normal que “as crianças não desejadas” fossem abortadas. (CHATEL, 1995, p. 21).

Como vimos, em nosso fragmento clínico, o que estas “falhas” revelam é que a sexualidade dos seres falantes não se reduz a necessidades e nem se articula às demandas; algo aí resiste, insiste e retorna, causando “furos” no saber. Na experiência real de uma gravidez, a “criança desejada” pode ser abortada, e a “não desejada”, sustentada e realizada por uma mulher, e isto desde os primórdios da civilização.

Apesar da ampliação do uso de contraceptivos pelas mulheres e do alto índice de informação, na França, não houve redução significativa no número de abortos. E o número de abortos não aumentou com a legalização, como temiam alguns segmentos da sociedade; a autorização, postula a autora, em nada modificou as coisas na decisão de ter ou não ter filhos: “trata-se de outra coisa” (CHATEL, 1995).

Sua pesquisa junto aos ginecologistas sobre as razões das consultas das mulheres evidenciou

que, nos anos 60/70, as mulheres se consultavam para demandar anticoncepcional e aborto; já nos anos 70/80, era, sobretudo por motivo de infecundidade que elas procuravam os médicos. Reintroduzindo o homem de uma outra maneira nesta questão, “ele volta, fora do sexo, como co-demandante” (CHATEL, 1995). Uma possibilidade que se abriu também para os casais homoafetivos, estando uma outra mulher neste lugar de co-demandante.

Analisando a organização das famílias nos últimos tempos, E. Roudinesco, no livro *A Família em Desordem* (2003), postula que “a família do futuro precisa ser reinventada”, e que, como instância, ela será capaz de assumir este conflito e promover uma nova ordem simbólica, pois “os indivíduos constroem suas histórias”, e se constroem através das histórias que constroem, acrescentamos. Concordamos com a autora quando ela afirma que, no que diz respeito à família, trata-se de um princípio fundador do equilíbrio entre o um e o múltiplo de que todo sujeito precisa para construir sua identidade, para fazer-se Um, fazer-se único.

É sob a perspectiva de uma posição ética que Lacan situa a questão do sujeito na contemporaneidade, propondo o termo “criança generalizada”, que destaca a tendência à objetualização do sujeito, cernida pelo declínio da imago paterna, e a aliança entre a ciência e o capital. Fazendo um contraponto ao termo “gente grande”, onde o elemento separador, que não se reduz a uma cronologia, seria o modo como cada um poderá se responsabilizar “subjektivamente” pelas conseqüências de suas ações, seu modo de gozo, de viver, de amar, desejar e sofrer.

No texto “A criança, de Freud a Lacan: do ideal ao objeto” (2010), Suzana F. Barroso analisa o deslocamento que o lugar da criança sofreu desde Freud. O amor e o investimento dos pais, na criança freudiana, estavam balizados pela política dos ideais civilizatórios, a substituição de uma satisfação autoerótica por estes ideais, visando articular os ideais às pulsões. Um regime de gozo paterno que regulava os laços de família e que tinha a estrutura edipiana como matriz organizadora das pulsões, tanto para os homens como para as mulheres e as crianças. A psicanálise emerge da escuta dos conflitos advindos deste funcionamento discursivo.

A criança lacaniana, por sua vez, está mais capturada no gozo dos pais do que nos seus ideais, mediante a supressão da orientação simbólica como elemento normativo, organizador das pulsões, a partir da autoridade imperiosa de universalização que a ciência introduz, ou seja, a lógica do Todo, que convoca os especialistas em uma tentativa de reparação dos *distúrbios, déficits e transtornos*.

O surgimento de um novo discurso sobre a família no final da década de 60 trouxe consigo os especialistas, praticantes das ciências sociais e humanas e que constituem um sintoma da nova família. O especialista é requisitado com base nos critérios da competência científica, muito mais do que por meio de uma suposição de saber. Em parceria com a ciência, a sociedade contemporânea inaugurou, portanto, um modo de intervenção junto à criança, que não é sem relação com a

atual situação da família. (BARROSO, 2010, p. 8).

A autora chama a atenção quanto ao alto índice de divórcios, de filhos fora do casamento e de infecundidade, os quais convocam o Estado e os especialistas à presença e a intervenções junto às famílias, bem como o surgimento de uma proliferação de políticas públicas que visam minimizar os efeitos destas mudanças. Destacando as diversas estratégias de controle, acompanhamento e prevenção, as quais inevitavelmente remetem aos estudos de Foucault (1979) sobre o biopoder na sociedade capitalista: a busca, através do discurso biomédico, de um treinamento ortopédico dos corpos, visando o exercício de um poder que se daria, basicamente, em dois níveis: de um lado, técnicas que têm como objetivo um poder disciplinar sobre os corpos; de outro, o corpo entendido como pertencente a uma espécie com suas leis e regularidades – dois modos de supressão da singularidade subjetiva que caracteriza o ser falante, o ser de linguagem.

Neste contexto, as chances de uma criança poder ir ao consultório de um psicanalista, a fim de subjetivar seus conflitos e sintomas, ficam mais reduzidas. Os pais ficam capturados pela oferta de métodos, medicações e soluções alternativas que prometem a supressão rápida e urgente dos problemas. O que não permite que possam construir uma implicação subjetiva quanto ao que não vai bem na vida familiar e da criança.

O uso abusivo e indiscriminado de medicação tem sido denunciado por vários profissionais de saúde, não só do Brasil. Allen Frances, ex-diretor da revisão do guia de referência mundial para doenças psiquiátricas (DSM5), em uma entrevista ao jornal *O Globo* (17/10/14), fala da “*perigosa indústria das doenças mentais*”.

Na entrevista, o psiquiatra chama a atenção para o momento que estamos vivendo, no qual se transformam dificuldades diárias em distúrbios, transtornos e déficits, o que vem levando um grande número de pessoas a tomar remédios sem necessidade, por meio de diagnósticos “frouxos”, sendo que os remédios “podem ser muito bons para poucos e ruins para muitos”. Francis adverte os pais para que se informem melhor, e que *protejam seus filhos* deste uso abusivo e indiscriminado de remédios: “Hoje tratamos em excesso os que não precisam, os gravemente doentes terminam nas ruas, em prisões ou hospitais inadequados.”

Sobre a medicina na atualidade, François Ansermet, no texto “Da Psicanálise aplicada às Biotecnologias, e retorno” (2003), postula que no momento em que a psiquiatria fecha suas portas à psicanálise, é a medicina Peri natal, que faz um apelo de interlocução com os psicanalistas, diante da possibilidade da tecnologia médica fazer a “realidade delirar”.

Se os psicanalistas são considerados tendo o hábito de tratar a loucura, eles ficam desprovidos quando é a própria realidade que se torna louca devido às intervenções técnicas da medicina contemporânea. Médicos e pacientes se encontram neste ponto igualmente surpresos, desconcertados, às vezes, também, até espantados.

(ANSERMET, 2013, p. 1).

O autor lista algumas destas “loucuras” possíveis na medicina contemporânea: a conservação de um zigoto congelado a -190° no azoto líquido, antes de se tornar falso gêmeo de uma criança concebida ao mesmo tempo, nascida vários anos antes. E se pergunta o autor: como vai ficar a filiação quando houver vazamento do anonimato do doador de esperma nas inseminações artificiais? Quais serão os efeitos subjetivos de um tratamento por células-tronco, embrionárias, fetais ou retiradas com antecedência em um adulto, para tratamento, por exemplo, de um parkinsoniano, que precisará de dez interrupções voluntárias de gravidez de mulheres que não desejam se tornar mães, para tratar uma pessoa atingida por esta doença?

O que viverão estas “crianças quimeras”, misto de material genético no plano do soma, criadas em seguida a alógrafos de células tronco, saídas da cultura do fígado de fetos sãos, eliminados por interrupção voluntária de gravidez, injetados in-útero no abdômen do feto doente, para tratamento de doenças monogênicas, como a talassemia ou a hemofilia? Quais novas leis em relação à substituição e às doações irão resultar disto? Qual o estatuto a dar aos embriões congelados numerados, não utilizados para uma nova procriação medicamente assistida? Trata-se de lixos hospitalares? Crianças potenciais para dar em adoção? (...) Quais as conseqüências a este excesso de saber para os pais, e mesmo para a criança, posteriormente? (ANSERMET, 2013, p. 2).

Questões inéditas e cujos resultados subjetivos são imprevisíveis, impossíveis de prognosticar. O que faz com que alguns especialistas – que se ocupam desta parte “indomável” do sujeito que está submetido às suas intervenções – busquem ajuda na psicanálise. O autor sugere que, hoje, a medicina se divide em dois modos de atuação: um modo preditivo, regulado pelos universais e dos dados *a priori*, e um outro modo que reconhece, nos “desvios”, a irreducibilidade do sujeito, que resiste e insiste para além dos projetos. É no próprio campo da biologia que surge a questão do sujeito, afirma Ansermet, através dos dados recentes da neurobiologia experimental, os quais demonstram o fenômeno da plasticidade cerebral – a capacidade do cérebro estar em constante aperfeiçoamento –, o que reforça o fato de que a experiência deixa um rastro cada vez mais singular na rede neuronal, “os mecanismos universais que presidem a organização da rede neuronal levam, inevitavelmente, a produzir o único” (ANSERMET, 2013). Há uma hiância irreducível do orgânico, aberta às potencialidades de um futuro imprevisível.

## **2.2 A humanização do parto e do nascimento: um lugar para o sujeito nas práticas de saúde**

Uma das motivações para fazer o Curso AISMI – Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil foi a oportunidade de desenvolver um estudo mais sistematizado sobre as Políticas Públicas de Saúde, mais especificamente aquelas que orientam os serviços da rede de assistência.

Das aulas, leituras e conferências de que pudemos participar neste tempo, destacamos o tema das concepções que cercam o movimento da humanização do parto e do nascimento, no Brasil, como um espaço de dialetização possível entre a psicanálise e as práticas de saúde, propondo, com o auxílio de pesquisadores do tema, uma reflexão sobre o contexto social em que elas emergiram, e interrogando os dados evidenciados pela pesquisa *Nascer no Brasil* (2014).

O movimento de Humanização do Parto e do Nascimento, no Brasil, tem mais de 20 anos. Neste tempo, foram implementadas políticas públicas de saúde que preconizam práticas de assistência baseadas na medicina de evidências científicas (MBE), a qual propõe um paradigma obstétrico mais humanizado, que privilegie o protagonismo da mulher, promova o uso de recursos não farmacológicos para o alívio da dor, e com intervenções adequadas a cada caso. Considerando que, na maioria dos casos, as mulheres estão aptas a dar à luz através do parto vaginal, e que a cesariana não é uma intervenção sem riscos e efeitos iatrogênicos para a saúde da mulher e do bebê.

Entretanto, a pesquisa *Nascer no Brasil*, com gestantes de risco habitual, constatou que, nos serviços da assistência, predomina um paradoxo do modelo obstétrico brasileiro, o qual prioriza o modelo biomédico, com intervenções excessivas, abusivas e contraindicadas pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pelas evidências científicas, trazendo conseqüências danosas para saúde da mulher e do bebê, além de explicitar um alto índice de desigualdade social.

Avançamos quanto à cobertura pré-natal em território nacional (90%), porém sua adequação às usuárias – particularmente aquelas que realmente se beneficiariam com esta assistência – ainda deixa muito a desejar. Estas não chegam, chegam tarde ou têm pouca adesão ao sistema. Mulheres indígenas ou negras com maior número de gestações e residentes das regiões Norte e Nordeste. Um elevado índice de mulheres sem companheiro e/ou de maior risco reprodutivo, com desfechos negativos de gestações anteriores.

Há, no Brasil – a pesquisa constatou –, uma banalização da cesariana (55%) e um excesso de intervenções desnecessárias, que comprometem a fisiologia do corpo da mulher e do bebê, desrespeitando as evidências científicas e os direitos das mulheres e das crianças. Temos ainda índices muito altos de morte materna (60,1 mil), neonatal (11,1 mil) e de bebês nascidos antes do tempo (11%), números que podem ser ainda maiores devido ao problema do subregistro que dificulta uma melhor exatidão de dados. Na maioria dos casos, estas mortes ocorreram por causas “evitáveis” através de ações de saúde mais eficazes e adequadas.

No texto “Humanização da assistência ao parto no Brasil” (2005), Carmen S. G. Diniz faz um resgate histórico deste conceito e descreve uma diversidade de militâncias que compõem este movimento desde os anos 80, o que vai nos ajudar a compreender as contradições e as diversidades de sentidos que atravessam as concepções de humanização das práticas de saúde.

Segundo Diniz, durante muito tempo era a Igreja Católica que tutelava o modelo de

assistência, concebendo o sofrimento no parto como um desígnio divino, decorrente do pecado capital. Neste contexto, foi Fernando Magalhães, o pai da obstetrícia brasileira, e o professor Jorge de Resende, que, no século XX, introduziram a narcose e o fórceps como recursos humanitários, reivindicando o direito do médico de resgatar as mulheres deste sofrimento.

Com isto, as mulheres, não mais culpadas pelo pecado capital, tornaram-se vítimas de uma “fisiologia patogênica”, que tem uma violência intrínseca, causadora de riscos, danos e sofrimento, “uma espécie de estupro invertido”, postula a autora, o que fez com que a obstetrícia médica passasse a reivindicar superioridade sobre o ofício feminino de partejar.

O parto passou então a ser considerado um evento medonho, que precisava ser apagado da memória das mulheres (“elite”), as quais, durante décadas, passaram a dar à luz sob sedação total. Assim, no início do trabalho de parto, as mulheres recebiam uma injeção de morfina, e quando as dores começavam, recebiam uma dose de amnésico (escopolamina, um alucinógeno). O parto era induzido, o colo do útero dilatado com o uso de instrumentos, e o bebê retirado a fórceps. Por efeito do alucinógeno, as mulheres ficavam muito agitadas, se debatiam muito, e eram então amarradas na cama, ficando com o corpo cheio de hematomas, e as camas eram cobertas por barracas, para que elas não fossem vistas neste estado.

Devido à alta mortalidade materna e perinatal, e com o advento de formas mais seguras de anestesia, este modelo foi abandonado e considerado inaceitável. O modelo hospitalar – que inicialmente foi reservado às mulheres de “elite”, ficando para as indigentes a opção de socorro nos hospitais escolas – foi, na metade do séc. XX, instituído em vários países. E mesmo sem nunca ter havido evidências científicas que comprovassem ser este modelo mais seguro que o parto domiciliar, assim ele foi considerado, tornando a obstetrícia não médica “ilegalizada, assim como o parto não hospitalar” (DINIZ, 2005).

Nos países industrializados, adotou-se a rotina hospitalar, a que as mulheres, agora conscientes, deveriam se submeter, sendo imobilizadas na hora do parto, colocadas de pernas abertas e levantadas, e o funcionamento do útero acelerado ou reduzido, só podendo ser assistidas por pessoas desconhecidas. Parentes e pertences pessoais eram afastados do trabalho de parto.

No Brasil, incluiu-se, como rotina hospitalar, a abertura cirúrgica da musculatura e do tecido erétil da vulva ou vagina, a episiotomia, e em vários hospitais escolas, a extração por fórceps na primíparas. Segundo Diniz, um procedimento ainda muito comum nas pacientes do SUS. No setor privado, vigorava a idéia de que o sofrimento do parto podia ser “prevenido”, fazendo com que a cesárea eletiva predominasse.

Nos anos 80, surge um movimento internacional que considera esta forma de assistência desnecessária, com um uso irracional de tecnologia, provocando mais danos que benefícios. Este movimento visava à redução de morbimortalidade materna e perinatal, com um uso apropriado de

tecnologia, valorizando a qualidade da interação entre a parturiente e seus cuidadores, bem como a não utilização de tecnologia danosa. No Brasil, este movimento recebeu o nome de “Humanização do Parto”.

Este movimento, segundo Diniz, se desenvolveu a partir de uma variedade de perspectivas: a dos profissionais dissidentes da década de 50, do “parto sem dor” da Europa; a dos ativistas do método Dick-Read e o parto sem medo, e posteriormente do método Lamaze e Leboyer (parto sem violência), parto natural do movimento hippie e da contracultura, cuja expressão máxima foi a experiência da comunidade conhecida como ‘The Farm’ nos EUA. A do feminismo, em suas várias versões, desde o movimento de usuárias pela Reforma do Parto, nos EUA, na década de 50, 60 e 70, com a criação dos Centros de Saúde Feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres. Posteriormente, a partir dos conceitos de direitos reprodutivo e sexuais como direitos humanos (CLADEM, 1998, RNFSR, 2002, in DINIZ, 2005), a assistência recebe um outro tratamento das feministas. Também há influências da abordagem psicosssexual do parto de Sheila Kitzinger (1985), a redescritção da fisiologia do parto de Michel Odent (2000) e a proposta de parto ativo de Janet Balaskas (1996). As vertentes Amigas da Mulher (Woman-Friendly) e Centradas na Mulher (Woman-Centered), propostas para organização dos serviços. Mais recentemente, postula a autora, teriam surgido abordagens do parto como experiência genital e erótica, com desdobramentos inéditos na assistência.

Na década de 70, surge, nas Ciências Sociais, a Antropologia do Parto, que concebia a assistência como um construto social, revelador da variedade cultural e dos conhecimentos autoritários, como o chamado ‘modelo tecnocrático’, que primava pelo uso de tecnologia e da neutralidade dos valores sobre as relações humanas. Esta abordagem identifica uma extrema relação da assistência ao parto com a sexualidade, as relações de gênero e com o corpo feminino.

Nos anos 70, surge também, nas ciências da saúde, uma crítica à assistência relegada à condição de marginal, o que se modifica com a publicação do livro *Bases Fisiológicas y Psicológicas para El Manejo Humanizado Del Parto Normal*, de Roberto Caldeyro-Barcia (1979), um pesquisador de ponta da fisiologia obstétrica. Seu estudo propunha mudanças na compreensão anátomo-fisiológica e emocional do parto, e questionava a representação da mulher como vítima de sua natureza, e do corpo feminino como “normalmente patológico”, evidenciando o viés de gênero da relação médico-parturiente.

Na Saúde Pública, em 1979, Ano Internacional da Criança, ampliou-se a crítica ao modelo tecnocrático. Criou-se o Comitê Europeu para estudar as intervenções médicas, buscando reduzir a morbimortalidade materna e perinatal no continente. Estes estudos evidenciaram os seguintes fatores: aumento de custos sem melhoria de resultados, falta de consenso sobre os procedimentos e variabilidade geográfica das opiniões.



Este comitê foi inicialmente composto por profissionais de saúde e epidemiologistas; posteriormente, também por sociólogos, parteiras e usuárias. Ele foi apoiado pela OMS e passou a sistematizar os estudos sobre eficácia e segurança na assistência ao parto, desenvolvendo uma revisão sistemática das práticas de saúde e dando as bases para o movimento da medicina baseada em evidências, a MBE.

Para Diniz, a MBE tomou tanto rumos progressistas como outros mais conservadores, mas sua origem foi inequivocamente questionadora, criticando o papel do poder econômico e corporativo das políticas e do financiamento de pesquisas, e que estes deveriam priorizar a defesa dos direitos do paciente, “evidenciando as contradições e a distância entre as evidências sobre a efetividade, a segurança e a organização das práticas” (DINIZ, 2005).

Em 1985, a OPAS (Organização Panamericana de Saúde) e os escritórios da OMS, na Europa e na América, organizaram uma conferência sobre tecnologia apropriada para o parto, pela defesa da saúde pública e dos direitos da mulher, o que resultou na *Carta de Fortaleza*, um texto que inspirou várias mudanças. Recomendava a participação das mulheres no desenho e na avaliação dos programas, a liberdade das posições do parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, da raspagem e da amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto. Argumentava, igualmente, que as menores taxas de mortalidade materna e perinatal estavam nos países que mantinham o índice de cesárea abaixo de 10%, e dizia que nada justificava a taxa maior de 10-15%. O texto causou muitas reações das entidades médicas. Até que, em 1993, surgem as *Recomendações da OMS*, uma referência internacional das boas práticas na assistência ao parto.

Para Diniz, foi com a MBE que o corpo feminino tornou-se apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de intervenções e seqüelas previsíveis. O nascimento de um bebê deixou de ser um perigo para o bebê, mas um processo fisiológico que implicava a sua participação, a transição (respiratória, endócrina e imunológica) da vida intra-uterina para a extra-uterina. O parto passou a requerer “respeito”, por constituir uma experiência altamente pessoal, sexual e familiar. Os familiares, especialmente os pais, passaram a ser incluídos na cena. O parto ganhou uma nova estética, onde os elementos indesejáveis – dores, gemidos, sexualidade, emoções intensas, secreções e a imprevisibilidade – passaram a ser as marcas pessoais desta experiência.

O movimento de humanização do parto no Brasil, postula a Diniz, se desenvolve em uma polissemia de sentidos que convidam ao diálogo e que vêm ampliando e legitimando as mudanças das práticas. Neste território dialógico, transitam: os defensores da humanização baseada em evidências científicas, considerando estas como dando legitimidade à reivindicação da defesa dos direitos das mulheres (crianças e famílias), e de um tratamento adequado à saúde da população, como legitimidade profissional e corporativa (redimensionamento dos papéis e dos poderes na cena do parto), referida à legitimidade financeira (racionalidade no uso de recursos), legitimidade da

participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, bem como, também, legitimidade do direito à analgesia do parto, o qual só foi conquistado pelas pacientes do SUS em 1998.

As propostas de humanização do parto, no SUS, como no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício do direito de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Enfim, de reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto como violento. (DINIZ, 2005, p. 14).

Questões que retornam de uma forma mais detalhada no texto “Desafios na Implantação de uma Política de Humanização da Assistência Hospitalar ao Parto” (2005), de Marcus A. B. Dias e Rosa M. S. M. Domingues. Os autores fazem uma reflexão sobre os impasses desta implantação na Maternidade Leila Diniz (RJ), onde atuam e enfatizam a participação da enfermeira obstétrica – com uma formação mais voltada para o cuidar – na assistência ao parto de baixo risco. Tal proposta tem gerado muitos conflitos com os médicos, que até então tinham o domínio exclusivo deste procedimento.

Segundo os autores, no Rio de Janeiro, esta mudança teve início em 1990, quando uma das estratégias adotadas para a implantação desta política foi a hierarquização, seguindo a experiência exitosa dos países europeus, onde a assistência ao parto de baixo risco é prestada por profissionais não-médicos. Isto provocou um embate entre as categorias, pois, para os médicos, significava “perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto” (DIAS e DOMINGUES, 2005).

A proposta de humanização implica em mudanças na organização dos serviços, mais voltada para as necessidades das mulheres, exigindo mudanças físicas na maternidade e no ambiente onde o parto irá se dar (temperatura e luminosidade). Os enfermeiros obstétricos estão mais abertos para isto, respeitam os aspectos fisiológicos, sociais e culturais da paciente e de suas famílias; os médicos, ao contrário, ainda presos ao modelo biologicista presente em sua formação, priorizam o uso de tecnologias e ainda vêem o parto como um evento de risco, que exige controle e regulação médica.

A formação do enfermeiro obstétrico, mais voltada para o cuidado e a atenção com o paciente, se ajusta melhor a esta proposta. Em 1994, houve uma mudança curricular e a abertura do curso de especialização para profissionais não médicos, dando ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo. Em 1998, esta categoria profissional foi reconhecida pelo Ministério da Saúde, nos hospitais do SUS, havendo uma normalização da remuneração e a criação dos Centros de Parto Normal, um ano depois. O que foi, segundo os autores, um marco desta política no estado.

Entretanto, a simples mudança do profissional não garante a humanização do serviço. Como estratégias de facilitação da relação entre os profissionais foram propostos encontros com o corpo clínico das maternidades. Nestes encontros, foram realizadas oficinas de aproximação das equipes médicas e de enfermagem, e encontros com a Câmara Técnica de Enfermagem Obstétrica para discutir e definir as práticas, estabelecendo o trabalho em equipe como meta de qualificação da assistência. Pois a proposta de humanização do parto e do nascimento, para os autores, vem ao encontro de duas demandas das mulheres, independentemente da classe social. A primeira é a de um sistema público da saúde de qualidade, que devolva a qualidade de vida às mulheres, e o direito de “parir seus filhos com condições que assegurem sua segurança e de seus bebês” (DIAS e DOMINGUES, 2005). A segunda a de é que se ofereça, à mulher, as condições de viver este momento como protagonista, fazendo com que o parto seja uma experiência humana.

Nesta polissemia de sentidos, militâncias e interpretações, entendemos que o parto humanizado deve ser um parto individualizado, planejado com o consentimento da mulher, da família e de seus cuidadores, sem normas e procedimentos rígidos, e que estes sejam adequados à singularidade de cada caso. Um trabalho a ser pactuado entre a equipe de saúde, que deve priorizar a paciente e sua experiência de parturição, construindo estratégias de trabalho que possam diminuir os efeitos das rivalidades corporativas, institucionais e narcísicas, garantindo as condições mínimas de segurança diante de uma situação que implica imprevisibilidade.

A rigidez do modelo biomédico, que adota pressupostos que excluem a subjetividade, acreditando ser este o meio de assegurar objetividade e eficácia das ações, acaba pautando a segurança dos procedimentos nos protocolos habituais, e desconsidera novas evidências científicas que indicam, entre outras coisas, o uso de tecnologias não farmacológicas, não intrusivas e invasivas ao corpo da mulher. Como resultado desta exclusão da subjetividade, as pesquisas sobre parto e nascimento, no Brasil, têm evidenciado, sérios efeitos iatrogênicos para a saúde da mulher e do bebê, adoecendo mulheres e bebês saudáveis, e não conseguindo acessar e acolher de forma adequada as mulheres, que realmente, se beneficiariam com esta assistência.

Esta exclusão da subjetividade faz emergir angústia, afeto inerente à destituição subjetiva causada pela falta de referenciais simbólicos e imaginários para dar suporte ao sujeito diante de situações limites, tal como a experiência de parturição. Somos instituídos, como sujeitos portadores de uma identidade, pelo discurso, cada vez que nossa opinião tem voz e é levada em conta.

A violência obstétrica, segundo a defensoria pública de São Paulo, é um fenômeno quase invisível e inaudível, que se caracteriza pela “apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos, impactando na sexualidade e, negativamente, na qualidade

de vida das mulheres”. O que se observa nas seguintes situações: negar e/ou dificultar atendimento à gestante; deixá-la sem água ou comida; gritar com ela; impedir a escolha da forma (e do local) em que o parto ocorrerá; obrigá-la a se submeter a uma cesárea ou episiotomia, por interesse ou conveniência do profissional de saúde; proibir a entrada do acompanhante.

O acesso a um pré-natal adequado às necessidades das mulheres é o que deveria organizar e reorientar os serviços de assistência, favorecendo a construção de um vínculo entre os profissionais de saúde e as usuárias, baseado no respeito à autonomia da mulher e no direito a uma escolha informada, com confiança e segurança entre as partes. Havendo, assim, uma orientação criteriosa sobre o tipo de parto mais adequado, o aleitamento materno e os cuidados com o bebê, considerando a subjetividade e as especificidades de cada caso. O parto vaginal não deve se tornar um ideal fixo e rígido de parto humanizado, pois isto pode engessar e ensurdecer os profissionais de saúde, à revelia de suas boas intenções.

Sobre as mulheres, Lacan propõe um aforismo: “A mulher não existe.” Indica, desse modo, que não existe um significante que represente o que é ser mulher; pois esta não está totalmente inscrita na lógica fálica; ela possui um gozo suplementar ao gozo fálico. O gozo feminino não está capturado pelo significante: deste, nada se pode dizer, mas sim viver e experienciar. Cada um ou cada uma, pois ele não está referido somente às mulheres, mas aos falantes que encontram, neste modo de satisfação – em que a exceção é a regra –, uma realização.

Nem todas as mulheres vivem a experiência da parturição desta maneira, e isto por razões diversas. Para algumas, esta experiência ameaça sua subjetividade, e isto é real e devastador. Nestes casos, é preciso intervir, favorecendo a presença ativa do acompanhante e/ou cuidador, para que este possa decidir, garantindo a sobrevivência física e psíquica da mãe e do bebê. Para que depois, gradualmente, estes laços possam ser refeitos.

### **2.3 Cuidado e atenção na primeira infância: uma aposta no sujeito**

Vimos que, para a psicanálise, o sujeito não se reduz ao eu do discurso consciente; é uma aposta nos diferentes modos de cada um amarrar e separar o real, o simbólico e o imaginário, sintomatizando o laço social, civilizando o seu modo de gozo, uma resposta possível frente ao impossível da relação sexual.

Na contemporaneidade, as crianças, muito precocemente, junto com os seus pais, são capturadas pela intervenção de médicos e especialistas. Nos casos de prematuridade, e quando há complicações em seu crescimento e desenvolvimento, por mais que as intervenções sejam adequadas e cuidadosas, elas podem se tornar invasivas e intrusivas, deixando os pais, especialmente, as mães, extremamente confusos, fragilizados e culpados pelos problemas

apresentados em seus filhos.

Na clínica com crianças, observamos que, apesar da pouca idade, quando a criança chega ao consultório de um psicanalista, junto com seus pais, ela percorreu um longo caminho, chegando já medicada e diagnosticada sem resultados positivos quanto aos seus sintomas e dificuldades. Isto aponta para um grande paradoxo na atualidade, pois, ao mesmo tempo em que as crianças são objeto de um desejo desmedido de sucesso, progresso e saúde, como sujeitos, encontram-se desinvestidos, abandonados e, por vezes, rejeitados. Uma posição não muito diferente daquela em que os pais encontram-se neste momento, inseguros, desimplicados e desautorizados da responsabilidade e da possibilidade de assumirem o exercício de suas funções, sempre com muito medo de errar ou falhar.

Com as devidas diferenças, foi o que também constatamos na escuta de meninas e meninos egressos das ruas. Por razões diversas, paradoxalmente, estar nas ruas era uma maneira de reagir a diferentes formas de violência e violação que sofriam desde muito cedo. A tutela do Estado, na maioria das vezes, se dá através de programas generalizantes, que não consideram e nem reconhecem a história singular de cada um, reproduzindo uma situação de negligência e rejeição do sujeito.

Em *O mal-estar na civilização* (1930), Freud desenvolve um estudo minucioso sobre as renúncias que o processo civilizatório impõe aos seres humanos, destacando três barreiras intransponíveis no caminho do homem em sua busca da felicidade: a natureza, cuja força não podemos dominar; o corpo, cuja perenidade não podemos impedir; e as relações de trabalho, família e sociedade, impossíveis de governar. Sobre estes três impossíveis freudianos, Lacan propõe uma nova interpretação, acrescentando ainda um quarto impossível, a psicanálise, que também tem os seus limites: nem tudo é possível psicanalizar. Esta impossibilidade é própria da estrutura da linguagem que constitui os seres falantes, marcados pela dimensão indomável da pulsão, “um resto incontido de gozo” (GUERRA, 2010).

Desde Freud, a sexualidade é infantil e polimorfa, marcada pelo regime anárquico das satisfações autoeróticas, que precisam da intervenção de uma ordem simbólica para se civilizarem, humanizando o desejo, situando limites e condições de gozo. Porém, na atualidade, com as transformações sociais, vivemos um regime de gozo onde temos a predominância da face real da pulsão.

Sobre os deslocamentos na direção do tratamento na clínica com crianças, no texto “Sobre a pulsão: corpo e gozo na Psicanálise com crianças” (2012), Suzana F. Barroso propõe uma análise que privilegia a dimensão pulsional, e faz uma leitura sobre o trabalho de Anna Freud e Melanie Klein, duas referências importantes na clínica com crianças.

Para Barroso, Anna Freud situava uma direção de tratamento que visava a regulação da vida

pulsional infantil através de um pacto com os pais, uma aliança terapêutica em prol do fortalecimento do eu. Melane Klein, por sua vez, voltou-se mais para as relações pulsionais, a vida pulsional, subestimando as demandas parentais.

De um modo próprio, postula a autora, ambas abordaram as duas faces da pulsão: uma que implica o Outro e a cadeia significativa da demanda endereçada à criança; e a outra, a face do gozo, mais referida ao objeto. No primeiro caso, há uma maior valorização do outro parental, em detrimento do objeto visado na pulsão; no segundo caso, uma maior valorização do objeto, desconhecendo que a pulsão é capturada por um sistema de significantes.

Lacan deslocou esse debate ao valorizar o fator satisfação implicado na pulsão, o que se sobrepõe à sua aliança com os ideais e a verdade. A satisfação da pulsão pode infiltrar-se até mesmo no processo de análise, na fala, na transferência e na interpretação. O problema cada vez mais evidente, mediante o declínio da autoridade paterna e dos termos freudianos da organização edipiana da pulsão, é a tendência da pulsão de se satisfazer autoeroticamente, portanto, até certo ponto, à revelia do Outro e do laço social. (BARROSO, 2012, p. 4).

A partir dos anos 60, Lacan dá um outro estatuto para a pulsão, tornando-a um conceito fundamental na experiência da análise e inserindo-a nas operações de alienação e separação, constituintes da posição do sujeito no campo do Outro. A alienação está referida à dimensão simbólica, às intervenções das demandas do Outro, enquanto a separação está referida à dimensão do gozo. Na intersecção destes dois campos, temos a “parturição” de um objeto, o objeto *a*, um irreduzível que tem uma função lógica, um objeto “caído do corpo sob a forma de diversos dejetos” (BARROSO, 2012).

Aos objetos parciais, da demanda do Outro, listados por Freud – seio e fezes –, Lacan propõe mais dois objetos do desejo, a voz e o olhar, dois modos de incidência do discurso e do desejo do Outro sobre o corpo do infans.

Trata-se da implicação da função de signo e sua incidência sobre o corpo mais do que a função do significante, visto que este sempre vem no lugar de uma falta, opera pela negatividade e não enquanto presença. (BARROSO, 2012, p. 5).

Dois elementos clínicos de suma importância na clínica com bebês, que podem indicar dificuldades na articulação do corpo ao discurso, e a necessidade de intervenções que favoreçam um enlaçamento possível com a voz e o olhar do Outro materno, ou do cuidador, para promover a abertura do sujeito ao campo do Outro. Um tratamento que se dá pela via do objeto, e não do sentido e da interpretação. Pois se trata de “localizar o gozo fora do corpo, por meio de intervenções voltadas para a redução do gozo, sem a qual não há laço social possível” (BARROSO, 2012).

É do corpo que se trata, inclusive o do psicanalista, que precisa saber oferecer uma presença

que não invada e nem objetalize o corpo do sujeito. Um grande desafio nesta clínica em que a pregnância imaginária está tão presente, seduzindo e fascinando o nosso olhar, nos capturando nos efeitos da sugestão e da fantasmagoria dos objetos.

Para demonstrar as duas faces da pulsão, Lacan destaca um exemplo dado por Freud de inserção da criança no campo simbólico, através de sua observação da brincadeira de seu neto, de 1 ano e meio de idade. Trata-se do jogo do *Fort-Da*: na beirada do berço, a criança, em um primeiro momento, lança o objeto (carretel), o qual está preso por um barbante em sua mão, enunciando *Fort*; em um segundo momento, ela aproxima o objeto para perto de si, enunciando *Da*. “Acabei por entender que se tratava de um jogo e que o único uso que o menino fazia de seus brinquedos, era brincar de “ir embora” (FREUD, 1920).

Um ato da criança que demonstra sua implicação com o discurso do Outro. De um lado, temos a alienação do sujeito aos significantes que advêm do campo do Outro, fazendo-se agente de sua perda, a ausência da mãe. De outro lado, temos a separação que Lacan privilegia, a relação da criança com o objeto,, ao mesmo tempo íntima e exterior a ela.

É a repetição deste encontro impossível, sempre faltoso com o Outro, que irá constituir o espaço do *lúdico*, na infância, e das fantasias, na idade adulta, de onde os artistas e os escritores irão retirar seu material, por via da sublimação, elevando o objeto à dignidade de Coisa, *das ding* (LACAN, 1959-60). Esta dimensão pulsional, irredutível, introduz a negativização do gozo necessária para a humanização do desejo.

O jogo do carretel é a resposta do sujeito àquilo que a ausência da mãe veio a criar na fronteira de seu domínio – a borda de seu berço – isto é, um fosso, em torno do qual ele nada mais tem a fazer senão o jogo do salto. (LACAN, 1964, p. 63).

Na clínica da pulsão, é a dimensão do ato que se coloca de forma determinante na direção do tratamento. “Falar” implica um ato do sujeito, que não é sem perda e consentimento, particularmente, do desejo dos pais que passarão a ter que saber escutar e responder às demandas do filho, e aos questionamentos que estas provocarão neles.

No texto “A análise de crianças e a paixão familiar” (2008), E. Laurent chama a atenção para as ficções delirantes da atualidade, que capturam os pais na culpa por não estarem à altura dos ideais transmitidos pela tradição, pela televisão e pela circulação do *Storytelling*. O autor postula que tanto as ficções jurídicas quanto as científicas jamais poderão dar conta do ponto real que está na origem subjetiva de cada um: “(...) a má formação do desejo do qual provém. Não a má formação genética, mas a má formação do encontro sempre fracassado entre os desejos que nos lançaram no mundo” (LAURENT, 2008).

O desejo da mãe, por estrutura, tem um limite em seu deciframento, ao qual as crianças jamais poderão responder; a criança “real” é sempre um obstáculo a qualquer ideal de família;

quando ela surge, o círculo familiar sofre abalos e se fragmenta. “Da mesma forma que o pai ideal é o pai morto, a família ideal é sem crianças (...)” (LAURENT, 2008).

É neste contexto que o psicanalista está inserido na contemporaneidade, buscando acolher as demandas que lhes são dirigidas pelos pais, pelas instituições e pela ciência, sustentando uma aposta na possibilidade de cada criança, de maneira singular, inserir-se no “jogo do salto”, ordenando as coordenadas de seu gozo no vínculo com o desejo da mãe, criando e inventando suas ficções de desejo.

Trata-se de uma questão que, com as devidas diferenças, também comparece para alguns profissionais de saúde, interrogando a posição ética no cuidado e na atenção durante o nascimento de um bebê e na primeira infância.

Durante o curso AISMI, Ricardo Lêdo Chaves destaca a quase “invisibilidade” dos processos fisiológicos envolvidos na experiência da parturição para o bebê. Uma dificuldade relacionada a uma mudança do paradigma médico, de uma postura que prima pela certeza, pela linearidade, pela patologia e pela simplicidade, para uma outra, que considera a incerteza e a complexidade como geradoras de bem-estar.

A fisiologia do corpo no parto e no nascimento inclui a mãe, o bebê e a placenta, que só deve ser cortada quando parar de “pulsar”, indicando que o bebê já concluiu a transição da vida intra-uterina para a extra-uterina. Ele tem uma posição ativa no nascimento que deve ser “respeitada”.

Em seu artigo “O nascimento como uma experiência radical de mudança” (2014), Lemos comenta os resultados evidenciados pela pesquisa *Nascer no Brasil*, os quais demonstram que, no Brasil, “obstetras e pediatras consideram bebês saudáveis como verdadeiras bombas-relógios, programadas para a qualquer hora explodir” (LEMOS, 2014).

Por ano, no país, nascem aproximadamente três milhões de crianças, em sua grande maioria na rede hospitalar. Uma em cada 10 crianças precisa de assistência para começar a respirar, uma em cada 100 precisará de entubação, e uma em cada 1.000 será submetida à entubação, à ventilação, à massagem cardíaca e ao uso de drogas para a sua reanimação.

O momento do nascimento, exatamente a transição da vida fetal para a vida extra-uterina, envolve múltiplos mecanismos de adaptação biológica, com participação de vários sistemas e órgãos do bebê, tendo como grande mediador o sistema endócrino e, com certeza, tendo como fundamental resultado o estabelecimento da respiração e a oxigenação do corpo do recém-nascido. A partir desse momento, comandado pelo próprio recém-nascido e evidentemente não mais pela sua mãe, o bebê, valendo-se da respiração, passa a viver biologicamente independente. (LEMOS, 2014, p. 514).



O que não vem sendo valorizado na prática médica, que segue ignorando todo um conhecimento científico acumulado nos últimos anos, que alerta sobre as conseqüências do modelo vigente na saúde dos recém-nascidos. Altas taxas de cesáreas sem indicação precisa, altas taxas de bebês nascidos antes do tempo, altas taxas de bebês com distúrbios e doenças respiratórias. Os estudos indicam desfechos mais favoráveis à saúde dos bebês nascidos a termo, que tenham tido contato pele a pele logo após o nascimento, e o início do aleitamento materno na primeira hora de vida, direito ao alojamento conjunto, e alta hospitalar em aleitamento exclusivo.

As pesquisas indicam que o país obteve grandes avanços na redução da mortalidade infantil, no controle da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e diarreia, com grande diminuição dos índices de desnutrição e melhora crescente nos índices de aleitamento materno. Porém, estes índices ainda são incompatíveis com o nível de desenvolvimento econômico que o país alcançou nos últimos anos.

As iniquidades persistem nas condições de saúde de grupos populacionais mais vulneráveis, como os moradores das periferias das grandes cidades, os indígenas, os quilombolas, aqueles com “deficiências”, os filhos de mulheres privadas de liberdade, em situação de rua, em situação de desastre e calamidades, do campo e da floresta.

É neste contexto que emerge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, aprovada no final de 2014, e que foi instituída em sete eixos estratégicos transversais de atenção à saúde na primeira infância: atenção humanizada à gestação, parto, nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; desenvolvimento integral da primeira infância; agravos prevalentes e doenças crônicas; prevenção de violências e acidentes e promoção da cultura da paz; crianças com deficiências ou em situações de vulnerabilidade; e prevenção de óbitos. Sob a coordenação da atenção básica que deverá garantir a integralidade da atenção, articulando ações e serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes de atenção. Propondo, como inovação, a extensão do acompanhamento da criança, até a idade de 9 anos, em uma concepção do crescimento e do desenvolvimento pessoal em estreita vinculação com a família e com o social. Considerando que, neste período de desenvolvimento, o cuidador deverá ser acompanhado integralmente, *“com escuta atenta e o olhar acolhedor do profissional, dirigidos a ambos e ao vínculo estabelecido entre eles”* (MS/Brasília, 2014).

Trata-se de uma diretriz ético-política que poderá trazer efeitos transformadores para os profissionais de saúde, no modo como se organizam os serviços de assistência e para a sociedade de um modo geral. Abrindo a possibilidade de um trabalho que promova mais acesso, acolhimento e orientação adequada, particularmente para esta população de maior vulnerabilidade psíquica e social, considerando a subjetividade e as especificidades das realidades que compõem nossa sociedade.

Isto irá demandar uma abertura para a invenção e a reinvenção das práticas de saúde, possibilitando que os pais e os profissionais de saúde adquiram condições de exercer com responsabilidade e autonomia a sua posição de sujeito de direito, desejante do cuidado e da atenção com as conseqüências de suas ações, desde a primeira infância.

Como vimos no decorrer do trabalho, a humanização do parto e do nascimento, no Brasil, é um movimento polissêmico, que surge junto com o processo de redemocratização, em constante e permanente construção, e que tem em seu fundamento um irredutível – a dimensão humana –, um lugar possível para que cada um – gestores, médicos, especialistas, agentes, usuários, bebês e crianças – possa, a seu modo e tempo, se responsabilizar pelo possível frente ao impossível da relação sexual. É nesta direção que a psicanálise, e o psicanalista em questão, poderá se engajar, implicando-se no desejo de contribuir para que, de forma singular, o sofrimento psíquico seja reconhecido e considerado, efetivamente, uma questão *de* saúde pública.

Como já previa Freud, em 1919, o desenvolvimento de nossa pesquisa pôde demonstrar que o sofrimento psíquico ameaça a saúde pública tanto quanto uma tuberculose. A trajetória de Tomás, e de sua mãe, nos permitiu refletir sobre o quanto que a negligência e rejeição da perspectiva do sujeito presente nos fenômenos sociais e nas práticas de saúde na atualidade, comprometem seriamente uma clínica do cuidado e atenção desde a primeira infância. E que precisamos avançar na promoção de mais acesso e melhor acolhimento da singularidade de cada um, considerando a diversidade dos arranjos familiares possíveis na atualidade, e as diferenças sociais e culturais que compõem nossa sociedade.

Nesta direção apostamos na construção de um trabalho que possa dar voz e vez a uma clínica do sujeito, este concebido como um ser de fala, protagonista dos processos de subjetivação. Assim poderemos consolidar e dar suporte a uma rede inter-setorial que atue de um modo mais eficaz em nosso sistema de saúde. Esta é uma hipótese de trabalho com a qual finalizamos nossa pesquisa.

## CONCLUSÃO

Partimos de um fragmento clínico que nos permitiu destacar algumas questões que nortearam o desenvolvimento de nossa pesquisa, ou seja; a complexidade da relação das mulheres com a maternidade, das maternidades, mas precisamente, das equipes de saúde com a experiência da parturição na atualidade, e dos serviços da rede materno-infantil com a saúde mental das mulheres na gestação, parto e pós-parto.

Através de uma leitura não sistematizada e instrumentalizada pelos fundamentos da experiência psicanalítica, que reconhece e considera a perspectiva do sujeito nos fenômenos sociais, podemos circunscrever nosso objeto de estudo, ou seja, os impasses, limites e possibilidades na construção de um trabalho de equipe e inter-setorial, na interface da psicanálise de orientação lacaniana, a saúde mental e os serviços da rede de assistência materno-infantil. De modo à favorecer a promoção de ações de saúde mais inclusivas e adequadas a esta população de maior vulnerabilidade psíquica e social.

Vimos com o desenvolvimento de nossa pesquisa que, ao longo dos tempos, as mulheres, as crianças e a “loucura”, situadas no imaginário social como estando mais próximas desta dimensão indomável da pulsão, tornam-se objetos de um desejo desmedido de vigilância e controle, que acaba “naturalizando” diferentes formas de violência e violação de seus corpos e suas vidas.

Foi do encontro de Freud com as mulheres de seu tempo, que sofriam de dores, paralisias e alucinações, que tivemos acesso ao inconsciente, ao desejo sexual e sua enigmática relação com a linguagem. E, também, à descoberta de que adoecemos com as palavras não ditas, mal ditas e nunca pensadas, como também de que nos humanizamos e nos curamos através delas, desatando nós que entrelaçam presente, passado e futuro.

Desnaturalizando a sexualidade, Freud a articula ao sujeito do inconsciente, o que submete a anatomia a articulações simbólicas, sendo o sintoma a expressão de um conflito psíquico que precisa ser cifrado e decifrado, a seu modo e tempo, pelo sujeito. Um tempo subjetivo, onde a história é uma construção permanente no presente do passado, e um passado que o sujeito só tem acesso *a posteriori*, num movimento de antecipação e retroação.

Nos seres humanos, a sexualidade é despertada muito cedo; o que se obtém de satisfação aí tem a ver com o pulsional, o libidinal, e não com o orgânico, o biológico. Há uma disjunção estrutural entre a sexualidade, os órgãos sexuais e as funções reprodutivas.

No mito do Édipo proposto por Freud, o pai tem a função de regular a relação originária da mãe com o filho. É neste drama edípico que Freud situa a relação da mulher com a maternidade, sobre o fundo de uma ausência, uma falta fálica que o nascimento de um bebê poderá recobrir. Mas

não totalmente, pois não há possibilidade de completude e harmonia nesta relação que, em maior ou menor grau, traz um profundo questionamento da subjetividade da mulher, fazendo emergir, nestes momentos, uma série de afetos, medos e inseguranças, que demandam cuidados e atenção.

Foi também o encontro com uma mulher – com Aimée e suas *doïdices* – que fez Lacan deslizar aos textos freudianos, dando início a uma nova interpretação da experiência analítica, sempre questionando o estatuto do saber e do poder na psicanálise e na civilização. E nos oferecendo uma outra interpretação do Édipo freudiano, baseada em sua teoria do significante e do falo, que reafirma a divisão constituinte do sujeito. Somos seres de linguagem, o Eu não é o sujeito do inconsciente, mas o lugar das identificações imaginárias e das relações duais, de ilusão e de alienação.

O sujeito do inconsciente não é um sujeito “pleno”, mas pontual e evanescente, que comparece nos sintomas, chistes, sonhos e atos falhos, nodulados por três sistemas de referência, três dimensões: o real, o simbólico e o imaginário.

O pai é uma função simbólica que insere o sujeito na cultura e no laço social, o que não se reduz ao biológico e ao genético, à presença ou à ausência de um pai na realidade da família, pois esta transmissão está referida ao desejo materno. É uma das atribuições da função materna, passar o pai – um significante que denote um outro lugar que não a criança – para onde a mãe, enquanto mulher, endereça seu desejo. A criança realiza uma condição de não todo no desejo da mulher. A maternidade não responde ao que resta de enigmático na sexualidade feminina, é uma das suplências frente à ausência de um significante que represente o que é ser mulher.

Com o conceito de nome do pai, Lacan esclarece uma série de questões clínicas acerca do tema da “carência paterna” e dos efeitos subjetivos diante da não operatividade desta função na realidade do sujeito. A função paterna humaniza o desejo e civiliza a pulsão, quando esta função não opera, ou opera fora da dimensão simbólica: aí temos os efeitos de uma forclusão. Esta é sua tese sobre a causalidade psíquica do desencadeamento psicótico, nos anos 50. Diante de algumas circunstâncias da vida, quando este significante é convocado para dar suporte à posição do sujeito – vindo não do campo simbólico, mas no real do corpo e do pensamento –, eclode uma série de desordens, tal como o delírio e as alucinações, tentativas “precárias” de respostas do sujeito frente aos impasses que vive na sua relação com o Outro.

Além do trabalho delirante como um movimento subjetivo de saída da psicose, Lacan localiza a passagem ao ato e à obra (escrita) como outros modos de suplência estabilizadora na psicose. O que abriu novos caminhos de estudos e pesquisas clínicas com estes pacientes e nas manifestações contemporâneas do sofrimento psíquico, quando temos quadros clínicos que, no discurso psiquiátrico, são chamados de “simples” ou “inespecíficos”, e para os quais Miller propôs o termo “psicoses ordinárias”, fazendo um contraponto com as “extraordinárias”, mais presentes no

imaginário social, estudadas por Freud e Lacan nos anos 50.

Tal formulação pode nos orientar nos quadros de depressão materna e psicose puerperal que, muitas vezes, se apresentam de forma silenciosa durante a gestação ou no pós-parto. Uma questão que, como vimos, tem sido muito pouco investigada e diagnosticada no atendimento das mulheres nas maternidades. E que traz sérias conseqüências para a saúde materna e do bebê, dificultando e/ou impossibilitando o estabelecimento do vínculo, provocando conflitos nas relações familiares e no exercício da função materna na infância da criança.

Nesta direção, buscamos refletir sobre o lugar do sujeito na sociedade contemporânea, que, segundo Lacan, sofre os efeitos do declínio da imago paterna, e da articulação da ciência com o capital, a qual promove uma tendência à objetualização do sujeito, trazendo sérios impasses na subjetividade e nas relações humanas. Lacan propõe o termo “criança generalizada” para sintetizar o lugar do sujeito na contemporaneidade, quando o elemento separador não se reduz à cronologia, mas está referido a uma posição ética, o modo como cada um – adulto, criança, homem e/ou mulher – poderá se implicar e se responsabilizar subjetivamente pelas conseqüências de suas ações.

Os avanços científicos e tecnológicos são bem vindos, mas a democracia, em consonância com a estrutura de linguagem, tem o feminino como suporte da alteridade, e sendo seu posicionamento situado pelo funcionamento da função paterna, nos coloca diante do desafio de saber lidar com o vazio inerente ao lugar de saber e poder, que sustenta o espaço para o novo, a invenção e a criação. Não há um sem o Outro, mas um não é o Outro, há diferenças. Esta é uma hiância irreduzível do orgânico, própria à dimensão humana, sempre aberta às potencialidades de um futuro imprevisível.

Na contemporaneidade, vivemos um regime do gozo que tornou mais problemático o exercício da função paterna, quando temos a supressão da orientação simbólica como elemento normatizador, estando a dimensão real da pulsão capturada pela autoridade imperiosa da aliança entre a ciência e o capital. Tal aliança transforma a impossibilidade própria da estrutura de linguagem em impotência, e a resistência e a insistência de emergência da subjetividade, em déficits, transtornos e distúrbios, a serem rápida e urgentemente suprimidos.

Uma questão que atravessou nossos estudos sobre as concepções que deram origem ao movimento do parto e do nascimento, no Brasil, e os resultados evidenciados pela pesquisa *Nascer no Brasil* (FIOCRUZ, 2014), que indicam os efeitos deletérios da supremacia do modelo biomédico na rede de assistência. Uma concepção médica que, de uma forma geral, exclui e não considera a subjetividade e a imprevisibilidade própria da dimensão humana, presente na experiência da parturição, como promotora de saúde e qualidade de vida. Apropriando-se, de forma inadequada, indiscriminada e desmedida, dos corpos das mulheres, das crianças e dos bebês.

Isto produz um grande paradoxo na atualidade, quando temos um desejo apaixonado e

insano por saúde, eficiência, progresso e sucesso, e o sujeito desinvestido de sua condição desejante, excluído, segregado, abandonado e rejeitado, de diversas maneiras e em distintas classes sociais. Adoecemos mulheres e bebês saudáveis e não conseguimos acessar e cuidar dignamente daqueles que realmente se beneficiariam com a assistência do Estado.

Neste contexto, podemos reconhecer o movimento de humanização do parto e do nascimento, no Brasil, como um movimento polissêmico em constante e permanente construção, que propõe uma nova estética para a cena do parto, onde os elementos indesejáveis – dores, gemidos, sexualidade, emoções intensas, secreções e imprevisibilidade – passam a ser a marca humana desta experiência. Lembrando que o parto vaginal, entre outros elementos, não deve ser tratado como um ideal fixo e rígido de humanização, para não engessar e ensurdecer as práticas de saúde. Pois a promoção de uma “escuta atenta de olhar acolhedor” do profissional de saúde sugere uma posição ético-política, que reconheça e considere a singularidade de cada caso, como produtora de saúde e qualidade de vida.

A inclusão de ações de saúde mental no contexto do SUS, vem contribuindo para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, que propõe uma reformulação dos serviços de assistência, norteadas pela promoção do resgate da cidadania e do reconhecimento do sofridor psíquico como sujeito do direito. Uma diretriz política que demanda a construção de novas formas de cuidado e atenção, que ampliem e aprimorem o respeito à autonomia e à dignidade no tratamento com estes pacientes. Uma atenção mais humanizada que diminua a tendência à psiquiatrização do cuidado em saúde mental, a burocratização do processo de trabalho e o centramento das ações intramuros (SILVEIRA e VIEIRA, 2007).

Este é um trabalho em que a psicanálise, e o psicanalista em questão poderá se engajar. As concepções de clínica e cuidado, balizadas por um novo conceito de sujeito podem abrir novos paradigmas, reorientando a organização dos serviços da rede de assistência. A Clínica Ampliada pode ser uma estratégia de trabalho que favoreça o trabalho em equipe e inter-setorial, promovendo o estabelecimento de vínculos e de responsabilidade, de cada um – gestores, médicos, psicanalistas, psicólogos, usuários e profissionais de saúde -, no desejo de podermos reconhecer e considerar, efetivamente, o sofrimento psíquico, uma questão de saúde pública.

## BIBLIOGRAFIA

ANSERMET, François (2003). Da Psicanálise Aplicada às Biotecnologias. Latusa Digital – ano 0 – n. 1 – agosto de 2003.

BARROSO, Suzana F. (2010). A Criança, de Freud a Lacan: do ideal ao objeto. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais – Almanaque On-line n.7.

\_\_\_\_\_ (2012). Sobre a Pulsão: o corpo e o gozo na clínica com crianças. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais – Almanaque On-line n. 10.

CATÃO, Inês (2009). O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo. São Paulo: Instituto Langage.

CHATEL, Marie-Magdeleine (1995). Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução. Rio de Janeiro: campo matêmico, 1995

DIAS e DOMINGUES, Marcos Augusto e Rosa M<sup>a</sup> Soares Madeira (2005). *Desafios na Implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto*. *Ciência & Saúde Pública*. Vol. 10 n. 3. Rio de Janeiro. July/Sept. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/51413-812232005000300026>>.

DINIZ, Carmen Simone Grilo (2005). *Humanização da Assistência ao Parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. *Ciência & Saúde Pública*. Vol. 10 n.3. Rio de Janeiro. July/Sept 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/51413-81232005000300019>>

DIOGO, D. (2008). A Construção do Laço Social na Psicose. Tese de Doutorado/Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica/UFRJ. Rio de Janeiro.

FREUD, S. (1893/1895). Estudos sobre a histeria. Rio de Janeiro: Imago. 1969-1980. Vol. II

\_\_\_\_\_. (1895/1950). Projeto para Uma Psicologia Científica. Rio de Janeiro: Imago. 1969-1980. Vol. I

\_\_\_\_\_. (1905). Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. Rio de Janeiro: Imago. 1969-1980. Vol. VII

\_\_\_\_\_. (1908). Sobre as teorias Sexuais das crianças. Rio de Janeiro: Imago. 1969-1980. Vol. IX

\_\_\_\_\_. (1915). As Pulsões e suas Vicissitudes. Rio de Janeiro: Imago. 1969-1980. Vol. XIV

\_\_\_\_\_. (1919-18). Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. Rio de Janeiro: Imago. 1969-1980. Vol. XVII

\_\_\_\_\_. (1921). Psicologia de Grupo e Análise do Ego. Rio de Janeiro: Imago. 1969-1980. Vol. XVIII

\_\_\_\_\_. (1923). O ego e o id. Rio de Janeiro: Imago. 1969-1980. Vol. XIX

\_\_\_\_\_. (1923). A organização sexual Infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. Rio de Janeiro: Imago. 1969-1980. Vol. XIX

\_\_\_\_\_. (1924). A dissolução do Complexo de Édipo. Rio de Janeiro. 1969-1980. Vol. XI

\_\_\_\_\_. (1925). Algumas Consequências Psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. Rio de Janeiro: Imago. 1969-1980. Vol. XIX

\_\_\_\_\_. (1931). Sexualidade Feminina. Rio de Janeiro: Imago. 1969-1980. Vol. XXI

\_\_\_\_\_. (1933). Feminilidade. Rio de Janeiro. 1969-1980. Vol. XXII

GUERRA, A. (2010). A psicose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.

- JULIEN, P. (1999). *As Psicoses. Um estudo sobre a paranóia*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- LACAN, J. (1949). O Estádio do Espelho como Formador da Função do Eu. In: *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- \_\_\_\_\_. (1953-54). O Seminário, livro I: os escritos técnicos de Freud. Trad. Betty Milan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986
- \_\_\_\_\_. (1956-57). O Seminário, livro 4: a relação de objeto. Trad. Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995
- \_\_\_\_\_. (1957-58). O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999
- \_\_\_\_\_. (1959-60). O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise. Versão Antônio Quinet. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988
- \_\_\_\_\_. (1957-58). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998
- \_\_\_\_\_. (1957-58). A Instância da Letra ou a razão desde Freud. In: *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998
- \_\_\_\_\_. (1969). Duas Notas sobre a criança. In: *Outros Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003
- \_\_\_\_\_. (1964). O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Versão MDMagno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998
- \_\_\_\_\_. (1973-74). *Les Non-Dupes Errent*. Seminário inédito.
- LAURENT, Éric (2008). *A Análise de Crianças e a Paixão Familiar*. In: *Loucuras, Sintomas e Fantasias na Vida Cotidiana*. Rio de Janeiro: Scriptum Livros
- LEBRUN, Jean-Pierre (2004). *Um Mundo Sem Limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social*. Rio de Janeiro: companhia de Freud, 2004
- LIMA, G. G. (2006). *Da Mãe a Mulher: os circuitos do amor, desejo e gozo*. Dissertação de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
- MILLER, J.A. (1998). A criança entre a mulher e a mãe. *Opção Lacaniana*. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 21, abr./1998, São Paulo: Eólia.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Las Psicoses Ordinárias: la convención de Antibes*. Buenos Aires: Paidós, 2009
- NASCER NO BRASIL (2014). *Cadernos de Saúde Pública/ Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ*, Rio de Janeiro, vol. 30, 2014
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança/PNAISC (2014). Brasília-DF, maio de 2014.
- ROUDINESCO, Elizabeth (2003). *A Família em Desordem*. Rio de Janeiro: Zahar Editor.
- SILVEIRA e VIEIRA, Daniele Pinto e Ana Lúcia Stiebler (2007). *Saúde Mental e Atenção Básica: análise de uma experiência no nível local*. In *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1): 139-148, 2009.