



A experiência materna do parto: confronto de desamparos*

*Tagma Schneider Donelli***, São Leopoldo

*Nara Amália Caron****, Porto Alegre

*Rita de Cássia Sobreira Lopes*****, Porto Alegre

Lidar com o desamparo humano ao longo da vida é e sempre será um grande desafio. Pensamos o parto como um dos momentos de maior desamparo, senão o maior, vivido não só pelo bebê humano, em dependência real total, mas também pela mãe, que se encontra, ela própria, regredida, dependente do bebê. Com o objetivo de refletir sobre a situação de desamparo experimentada pelas mulheres no parto, são utilizadas vinhetas de observações do trabalho de parto, do parto e pós-parto, em um Centro Obstétrico de um hospital público, com a aplicação do método Bick neste contexto. Foi percebido em muitas parturientes o desespero diante do risco de estar entrando em um espaço estranho, apavorante, desafiando a morte e a loucura. Vivenciar a regressão física e emocional que ocorre no parto é realmente um desafio máximo à mulher em seus limites e em sua flexibilidade no transitar em diferentes níveis de sua estrutura psíquica.

Descritores: Parto. Desamparo. Método Bick.

* O material de observação utilizado neste trabalho foi extraído da tese de doutorado da primeira autora (Donelli, 2008).

** Psicóloga, doutora em Psicologia pela UFRGS.

*** Membro efetivo, analista didata e Psicanalista de crianças e adolescentes da SPPA.

**** Psicóloga, doutora em Psicologia pela Universidade de Londres.



“No parto, existe um estado durante o qual a mãe, quando saudável, deve ser capaz de se abandonar a um processo que se compara de maneira quase exata à experiência do bebê na mesma hora”. (Winnicott, 1949, p. 327).

Lidar com o desamparo humano e suas consequências ao longo da vida é e sempre será um grande desafio. O tema do desamparo vem acompanhando os escritos psicanalíticos desde os primórdios da psicanálise. No *Projeto para uma psicologia científica*, Freud (1895) considerou o estado do desamparo como base do psiquismo e das primeiras experiências de satisfação.

Pensamos o parto como um dos momentos de maior desamparo, senão o maior, vivido não só pelo bebê, em dependência real total, mas também pela mãe, por encontrar-se regredida e dependente do bebê. É assustador, terrorífico até, reconhecer que o bebê dependa totalmente da mãe, que também se encontra em condição de desamparo. No entanto, é justamente esta condição de regressão física e emocional que torna a mulher apta a se identificar e empatizar com o bebê e assim poder acolhê-lo e cuidá-lo.

Em *Inibições, sintomas e ansiedade*, Freud (1926) afirma que o período gestacional do ser humano, quando comparado ao da maioria dos animais, é relativamente abreviado, mas, quando ele é lançado ao mundo, encontra-se menos acabado do que esses. Dessa forma, os perigos do mundo exterior acabam por valorizar enormemente o objeto, como aquele que pode protegê-lo contra os perigos e substituir a condição intrauterina perdida. Assim, o fator biológico está na origem das primeiras situações de perigo para o bebê, criando-lhe a necessidade de ser amado e garantindo-lhe que jamais será abandonado.

Para Winnicott (1968, p. 91), “as pessoas que cuidam de um bebê são tão desamparadas em relação ao desamparo do bebê quanto o próprio bebê o é. Talvez haja até mesmo um confronto de desamparos”. Partindo dessa ideia, podemos então pensar que cuidar e ser cuidado derivam da mesma matriz de dependência e desamparo. Encontramos, na música *Meu guri*, de Chico Buarque, uma ilustração sensível e poética:

Quando, seu moço
Nasceu meu rebento
Não era o momento
Dele rebentar



Já foi nascendo
Com cara de fome
E eu não tinha nem nome
Prá lhe dar
Como fui levando
Não sei explicar
Fui assim levando
Ele a me levar
E na sua meninice
Ele um dia me disse
Que chegava lá
Olha aí! Olha aí!
Olha aí, ai o meu guri, olha aí!
Olha aí!
É o meu guri e ele chega [...]

[...] Me trouxe uma bolsa
Já com tudo dentro
Chave, caderneta
Terço e patuá
Um lenço e uma penca
de documentos
Prá finalmente
Eu me identificar
Olha aí!

[...] Eu consolo ele
Ele me consola.
Boto ele no colo
Prá ele me ninar.

Assim, este artigo tem como objetivo refletir sobre a situação de desamparo experimentada pelas mulheres no momento do parto. As ideias que serão aqui desenvolvidas se apoiam em observações do trabalho de parto, do parto e pós-parto em um Centro Obstétrico (CO) de um hospital público, com a aplicação do método Bick (Bick, 1964) neste contexto.



O método Bick de observação de bebês do tipo padrão consiste em visitas semanais do observador à casa do bebê, desde o nascimento até o segundo ano de vida da criança. Em geral, cada visita tem duração de uma hora. Não são tomadas notas durante as observações para não interferir na atenção flutuante e facilitar ao observador atender às exigências emocionais das mães. O relato de cada visita é feito posteriormente, tentando excluir qualquer interpretação teórica; este material escrito é supervisionado em grupo (Bick, 1964). Segundo Rustin (2001), o observador deve ser encorajado a adotar uma linguagem literal e factual para apresentar em supervisão o que ocorreu durante a observação. Isto significa que deve ser evitada a apresentação de entendimento teórico ou de interpretações para que a experiência da observação possa ser pensada em termos de seu significado emocional.

A aplicação do método Bick a um contexto tão diferente daquele do lar, como é um hospital, não foge aos princípios epistemológicos do próprio método. Além disso, apesar do contexto diferente, da diversidade de situações e da rotatividade de pacientes, manteve-se o *setting* da observação através da constância no dia, horário, local e equipe de profissionais, bem como o *setting* interno do observador e a supervisão coletiva semanal. Assim, os limites que configuraram o espaço concreto da observação, que definiram o contrato de trabalho e que permitiram estabelecer um enquadre psíquico estiveram presentes na realização das observações no contexto hospitalar.

Quando mãe e bebê chegam próximo ao nascimento ambos já venceram uma etapa evolutiva importante – a gravidez. Esta constitui um terremoto físico, hormonal e psicológico na mulher, que encerra os maiores desafios, segredos e incertezas do ser humano. A gravidez e a relação materno-fetal formam um sistema único, altamente organizado, refinado e diferenciado. A implantação e sustentação do blastocisto só é possível porque o epitélio uterino reage de uma maneira própria, inteiramente diferente de qualquer outro tecido humano diante de um corpo estranho (blastocisto).

A placenta também não repele o embrião e passa a formar com ele um complexo placentário-fetal. Os mecanismos que regem esses processos são complexos, intrincados e desconhecidos, estando totalmente fora das reações habituais do sistema imunológico humano. Esse enigma biológico é um dos tantos enigmas da origem da vida. Pode-se dizer que, quando uma gestação evolui, houve um “acerto” entre o feto, a placenta e a mãe que, por sua vez, confirma uma capacidade de hospedar e tolerar *este diferente* dentro de si. A etiologia das falhas neste sistema, da qual resultam a pré-eclampsia e a eclampsia, quadros graves, complexos, às vezes fatais, ainda não está esclarecida.



As mulheres “um dia descobrem que se tornaram anfitriãs de um novo ser humano que decidiu alojar-se nelas” (Winnicott, 1966, p. 3). A grávida vai se adaptando totalmente ao desenvolvimento do feto: sofre transformações em seu corpo, que se relaxa, se expande, cresce para dar espaço a esse feto que é sustentado dentro desse ambiente dinâmico até o momento do parto. O desenvolvimento do feto é acompanhado de um entorno físico e psíquico especial da gestante. Ela está fragilizada, regredida, ocorre um afrouxamento em sua estrutura defensiva, uma maior permeabilidade do inconsciente e das trocas entre mente e corpo. O feto vai se apossando do espaço, transformando o corpo, o humor e as emoções da mãe, deixando-a mais passiva, expectante e dependente. Winnicott (1956) denominou o estado especial que a mãe vai desenvolvendo na gravidez de preocupação materna primária. É uma disposição que se desenvolve e aumenta durante a gravidez e especialmente no seu final, que continua por algumas semanas pós-parto e não é facilmente lembrada, já que tende a ser reprimida. Se a mulher não está grávida e apresenta esse quadro, ela estaria doente. Refere o autor que “não é possível compreender o funcionamento da mãe, na fase mais inicial da vida de um bebê, sem entender que ela deve ser capaz de atingir esta condição de sensibilidade aumentada, quase uma doença, e recuperar-se dela [...] Se o bebê morre, o estado materno surge repentinamente como uma doença. A mãe assume este risco” (p. 494). Ela depende do bebê tanto para entrar neste estado como para dele sair.

O feto, durante a vida intrauterina, sofre inúmeras experiências de mudanças de pressão, temperatura e outros fenômenos ambientais que vão organizando maneiras de enfrentá-las e serão úteis no nascimento. No processo natural, “a experiência do nascimento é uma amostra exagerada de algo que o bebê já conhece” (Winnicott, 1949, p. 325). Ele está preparado para reações que não sejam muito intensas nem muito prolongadas, assim não é interrompida a sua continuidade de ser, fato de suma importância em sua vida. Psicologicamente, o bebê emerge da solidão essencial, que é um estado prévio à dependência total. Ao nascer o bebê é um ser não integrado, não consciente, em que nada ainda foi separado do não-ser, não existe ainda um eu, nenhuma mãe, nenhum objeto externo ao si mesmo. Daí a dependência real e absoluta no início da vida e a necessidade de alguém – mãe – que, totalmente identificada com ele e a ele dedicada, faz com que o bebê não saiba dessa dependência absoluta e viva uma experiência de onipotência, de ilusão. Esta atitude inicial breve favorece a continuidade do ser, a integração da unidade psicossomática, a transformação das angústias inimagináveis e a condição para que o verdadeiro *self* inicie a ter vida.

Nesse estágio inicial de indiscriminação, o objeto subjetivo, ainda não



objetivamente percebido, é um aspecto do bebê: “Psicologicamente, o bebê mama num seio que é parte dele mesmo, e a mãe dá leite a um bebê que é parte dela mesma” (Winnicott, 1951, p. 403). A nova dupla mãe-bebê passa a ser permeada, neste período, constantemente, pela absoluta e profunda relação de máxima dependência, tanto do bebê em relação à mãe como desta em relação a ele.

A experiência de mutualidade é a forma de comunicação entre mãe e bebê neste período – a primeira forma de comunicação humana (Winnicott, 1969). Nos estágios iniciais, a comunicação é silenciosa, predominantemente em termos de “anatomia e fisiologia de corpos vivos” (p. 200). Para Winnicott, mãe e bebê chegam ao ponto de mutualidade de maneiras distintas:

É claro que a mãe também já foi um bebê, uma experiência que está localizada em alguma parte do seu ser [...] Além disso, ela brincou de ser um bebê, assim como brincou de pai e mãe; regrediu a um comportamento de bebê nas ocasiões em que ficou doente e talvez tenha observado sua mãe cuidando dos irmãos mais novos [...] O bebê, porém, nunca foi mãe e nem mesmo foi, anteriormente, um bebê. Para ele, tudo é uma primeira experiência, inexistindo qualquer medida para julgamento ou comparação. (Winnicott, 1968, p. 84).

Difícilmente é possível imaginar uma situação maior de desamparo do que aquela do recém-nascido no momento do seu nascimento, completamente impossibilitado de sobreviver utilizando apenas suas parcas competências: “O único passaporte com que o bebê chega às barreiras alfandegárias é a soma das características herdadas e tendências inatas no sentido do crescimento e do desenvolvimento” (Winnicott, 1969, p. 199).

Segundo Deutsch (1977), muitos pesquisadores e clínicos se interessaram pela experiência traumática do parto para o recém-nascido e seu primeiro estado de desamparo ao separar-se da mãe (Freud, 1926; Rank, 1923). Entretanto, pouco se conhece sobre esses processos simultâneos na mãe. Além do mais, não encontramos estudos observacionais sobre o parto. Em seu capítulo sobre a experiência do nascimento, Winnicott (1990) ressaltou a importância da observação direta para a compreensão das necessidades primitivas da infância.

Por meio do olhar e sentimentos contratransferenciais do observador, pretendemos percorrer o caminho das parturientes desde a chegada ao centro obstétrico. Entramos, assim, em uma área sagrada, pouco comentada e observada – a experiência materna do parto – com seus desafios próprios, sendo talvez o maior deles a regressão ao estado de desamparo que caracteriza o ser humano



desde o início até o final da vida. Para a posterior discussão do material de observação, utilizamos as ideias de Winnicott, que viu, nas sutilezas da relação mãe-bebê, uma grande oportunidade de aprendizado sobre a natureza humana: “Seremos apanhados nas necessidades imensas do bebê dependente e, na contratransferência, com os maciços processos de reação que nos mostram, até certo ponto, o que acontece com os pais quando têm um filho” (Winnicott, 1969, p. 196).

Desafios no percurso de um observador em um Centro Obstétrico (CO)

Nos primeiros contatos com o CO, a observadora o descreveu como intimidador, assustador e constrangedor: *consegui cruzar a sala, mas por insistência da enfermeira, que queria me mostrar onde ficavam as salas de parto. Fui, meio constrangida, achando que devia estar com outra roupa, ou, quem sabe, eu deveria era ficar parada para não sentir que poderia estar atrapalhando alguma coisa*¹.

Foi inevitável deixar-se contagiar por uma espécie de insegurança, de confusão, de despreparo. Tudo parecia muito diferente do que habitualmente se esperava encontrar: *[...] fizemos o caminho que a maioria das mulheres faz quando se dirigem ao CO. Passam pela recepção, onde são atendidas e encaminhadas [...] até a sala de exames. Após a recepção, lhes é indicada uma porta larga, que dá acesso ao interior do hospital, que é restrito. É como entrar em outro mundo. Os caminhos eram sinuosos, cheios de voltas, sem indicações claras de onde se estava ou para onde se deveria ir: dá-se de cara com uma parede de azulejos [...], e é preciso dobrar à esquerda e ir até o fundo do corredor. No seu final, é preciso dobrar novamente à esquerda. Ali se encontra um painel pintado com o desenho de uma cegonha, indicando com uma grande seta a maternidade. Passando essa placa, o corredor fica mais escuro [...]. Logo no início há uma janelinha e uma porta [...] com uma campainha dizendo bata e aguarde. Mas não é ali que as mulheres devem ficar, pois este é um acesso de serviço, apenas para profissionais. Passam-se mais duas portas sem identificação, e a terceira é a porta da sala de exames. Ali também há uma campainha, muito discreta.*

Os relatos deixavam claro, especialmente para o grupo de supervisão, que

¹ As vinhetas utilizadas nesta e nas próximas páginas foram extraídas de relatos de observação realizadas em CO, redigidos após a observação e supervisionados em grupo, como prevê o método Bick.



não era uma tarefa fácil manter-se observando eventos por vezes dramáticos, que evocavam a possibilidade da morte, que revelaram o desespero pela dor, física e emocional, de uma separação iminente e que denunciavam também uma demanda por cuidados emocionais. Havia uma crueza, uma superexposição, um afloramento que desarmava a observadora. O CO parecia um ambiente que aproximava as pessoas de algo que tentam esconder, algo que revela mais do que gostariam, algo que vai além da intimidade, que desnuda a alma, põe em evidência medos, angústias. A contradição, as mensagens ambíguas, tudo isso desarma e abate: *o tempo todo tinha a impressão de que havia coisas deslocadas ali, mesmo sabendo, racionalmente, que tudo tem uma explicação. Acho que isso já começa na entrada, pois aqueles (quadros) escondem um ambiente precário, “enjambrado”, apertado, fedorento. Não há privacidade nenhuma, muito pelo contrário, há uma exposição excessiva, e isso incomoda muito. Aquelas mulheres pareciam extremamente deslocadas, desamparadas, sozinhas. Saí dali com vontade de ficar mais e, quem sabe, ver mais, mas, ao mesmo tempo, foi um alívio muito grande respirar outro ar e estar num ambiente mais espaçoso. E fiquei com uma impressão muito nítida: de que não vai ser fácil [...].*

Questões relativas ao corpo feminino estiveram presentes em praticamente todos os relatos, o que mostra que no CO a fisiologia humana está em evidência e perpassa todo o clima emocional que se estabelece no setor. Palavras e símbolos deram lugar a expressões concretas de sofrimento, de desagrado, de angústia e vergonha compartilhadas pela observadora. Essa proximidade com o primitivo assusta, e algo até então familiar a qualquer pessoa, como defecar, vomitar e sangrar, passa a provocar uma sensação de estranheza e uma necessidade de omitir e até ocultar tais manifestações.

Apesar de naturais, tais manifestações do ser humano são constantemente negadas e escondidas no convívio social. Mas ali cheiros e cores se misturavam para formar uma tela rica de detalhes que nunca poderiam ter sido vistos em outro ambiente. Em alguns relatos apareceram referências ao sangue: *havia apenas duas pacientes ali (na sala de pré-parto), além de camas desarrumadas e uma cama molhada de sangue, e fui entrando e [...] [a técnica em enfermagem] logo foi me avisando que cuidasse, pois estava tudo cheio de sangue. Realmente, percebi que havia sangue respingado pela parede e um pouco ainda no chão, mas a forma como a técnica em enfermagem me alertara dava a impressão de que eu entraria num campo minado.*

Em outros relatos, a observadora refere-se a vômitos: *fui até o pré-parto e encontrei Anita atendendo Joana, que estava vomitando. Ao seu lado estava Giovana, que foi atingida por seu vômito e aguardava Anita para ajudá-la a ir ao*



banheiro se lavar. Anita segurava o lixo para Joana, enquanto ela se desculpava com Giovana por tê-la sujado.

Também foi possível perceber uma exposição que vai além do espaço físico e da exposição do corpo das mulheres e que diz respeito à forma como elas são cuidadas e protegidas, ou não protegidas, enquanto estão no CO: *Loiva [...] logo iria para a cesariana, e o pacote de curativos na cama ao seu lado era, na verdade, uma sonda que a enfermeira passou na sua uretra. Coitadinha, teve que se submeter àquilo na frente de todo mundo e depois ainda ficar com aquilo no meio das pernas. Depois disso, ela praticamente nem se mexia mais, e seu sorriso ficou ainda mais apreensivo. Até que veio a funcionária da maternidade para levá-la para o bloco cirúrgico.*

Talvez a falta de privacidade das mulheres possibilite, de alguma forma, que elas compartilhem suas experiências com outras ali internadas, constituindo uma espécie de identidade grupal.

Por outro lado, ver as mulheres tão expostas, física e emocionalmente, parece autorizar o profissional a ser intrusivo, controlador, onipotente. Entretanto, pensamos que a equipe utiliza mecanismos de defesa (negação, dissociação) na tentativa de proteger-se da invasão de sentimentos desagradáveis e ansiogênicos. Tal necessidade de proteção parece se voltar, especialmente, contra a dor, a morte, a perda e sentimentos regressivos suscitados pela vivência do parto.

Após a primeira observação, a observadora pôde perceber o quanto o clima emocional gerado por esse ambiente caótico e pouco acolhedor lhe demandaria investimento para a realização do trabalho: *fui voltando, fazendo o caminho inverso, tentando chegar novamente à sala de exames e de admissão do recém-nascido, mas sempre ao lado da minha intermediária, pois não conseguia me imaginar sozinha ali. Onde iria ficar nas próximas observações? Poderia me sentar? Para onde olhar?*

Com o passar do tempo, a sensação de desamparo da observadora foi se diluindo. Pôde ficar mais à vontade para se deslocar, mais segura sobre onde ir e o que fazer: *entrei, peguei as roupas, as vesti, coloquei os propés e entrei. É incrível como, pouco a pouco, isso tudo vai ficando tão natural.*

A experiência feminina do parto: a busca por um novo nascimento

A aparência física das mulheres grávidas sempre foi uma questão que mobilizou muito a observadora. Foram feitas inúmeras descrições da aparência em geral – “miúdas, magrinhas, judiadas” – mas foi a insistente referência à barriga



das mulheres que se destacou nos relatos: pequenas, grandes, bem graúdas, grávidas e não-grávidas: *na sala de pré-parto, que estava cheia, havia quatro pacientes. Entretanto apenas uma parecia estar mesmo grávida, pois era a única que tinha barriga. Pensei: será que todas as outras perderam o bebê?*

Nas referências feitas quanto à aparência em geral das mulheres e às respectivas barrigas, dois aspectos chamaram atenção. O primeiro diz respeito à fragilidade expressa pelas parturientes e o segundo revela a dificuldade insuportável para algumas de suportarem a gravidez e o parto de forma tranquila. Algumas mulheres foram descritas como ansiosas, outras, assustadas. Uma delas evidenciou, através das estrias visualizadas em sua barriga, as inúmeras marcas que uma gravidez e um parto são capazes de deixar. *Ane praticamente nem se mexia. De vez em quando alisava a própria barriga e suspirava. Pela posição em que me encontrava podia ver as inúmeras estrias vermelhas em sua barriga, que parecia já não aguentar mais todo aquele volume. Sua barriga parecia já ter arrebentado.* É evidente que, aqui, não se faz referência apenas às marcas no corpo, mas se pretende explorar as marcas deixadas na alma dessas mulheres. As marcas deixadas na vida de uma mulher pelo nascimento de um filho são inegáveis, mas poder testemunhar aquelas deixadas no corpo leva, inegavelmente e de forma muito mais dramática, a pensar nas emocionais, tanto aquelas que servem à promoção como ao entrave do desenvolvimento da mulher. Quando esta se permite passar por essa experiência, ela sairá certamente modificada, renovada e com estruturas psíquicas distintas de todas as anteriores.

Os aspectos fisiológicos ligados ao parto, tais como o ritmo das contrações e a progressão da dilatação, provocam sensações de perda de um pedaço de si, de medo de esvair-se, de se entregar ao processo e de perder as referências. Estas sensações se parecem com as agonias impensáveis do bebê, quando ainda não está integrado e não conta com um ambiente que o contenha. Tais sensações podem ser responsáveis pela tentativa das parturientes de exercer algum controle sobre o processo de nascimento do bebê, ou de utilizar outros mecanismos, mentais ou não, capazes de protegê-las dessa invasão de sentimentos. Essa necessidade de controle parece ser vivida de forma intensa pelas mulheres, perpassando todo o trabalho de parto e o parto em si. É a falta de controle sobre todo esse processo de nascimento do bebê parece provocar grande ansiedade nas pacientes: *o médico apareceu para examinar a paciente e, quando levantou o cobertor, exclamou que ela tinha evacuado. O cheiro infestou o ambiente, e a paciente parecia muito envergonhada. O médico a examinou e disse que estava com 6 cm de dilatação. E pediu para que uma das técnicas limpasse Caren, que tinha evacuado. [...] Caren voltou para a cama e, ao se sentar, já sujou de novo a cama com fezes, que*



pareciam sair sem o seu controle. Ela se acomodou na cama e me disse que estava com muita vontade de fazer cocô. Acabei falando que provavelmente era a pressão que o bebê estava fazendo que aumentava essa sensação. Que bobagem, não era só uma sensação, ela estava fazendo cocô! Fiquei aos pés da cama de Caren, e ela se mantinha muito alerta todo o tempo, tanto durante como entre as contrações. Aquilo me chamou a atenção, pois muitas se voltam para si mesmas e assim estavam todas as outras. Caren disse que conheceu uma paciente que teve seu bebê mais cedo [...], mas que ela havia demorado para ganhar o bebê. Disse que gostaria de fazer uma cesariana, assim como essa colega fez. [...] Caren chamou por alguém, mas não havia ninguém da enfermagem por perto, e as estagiárias não podiam entrar. Fui até ela, e ela me disse que estava com medo que seu bebê nascesse ali mesmo e ninguém veria. Perguntei se ela queria que eu chamasse alguém, e ela suplicou que sim. [...] O médico levantou-se, vestiu as luvas e constatou que ela já estava com 7 cm. Pelo menos Caren sabia que o bebê não estava saindo dela, se esvaindo dela, assim como suas fezes. Me dava a impressão de que ela não queria se desfazer daquele bebê. Era como se ela fechasse suas pernas na tentativa de segurá-lo lá dentro.

Essa vinheta ilustra de forma bastante clara o desespero do desamparo, o desejo de exercer algum controle sobre o processo, inclusive a solicitação de cesariana. A eliminação de fezes involuntária ilustra bem a sensação de falta de total controle sobre o trabalho de parto e o parto propriamente dito. Quando se desencadeia o processo, este não pode ser interrompido nem revertido. Vai até seu final. Essa falta de comando que a parturiente experiencia em seu corpo, no processo que vivencia, também transparece nos comentários feitos sobre ser pega de surpresa e enfrentar uma situação ansiogênica, assustadora, tudo em curto espaço de tempo: *disse que estava em trabalho de parto desde a manhã e que o seu primeiro filho tinha nascido mais rápido. Disse que quase não podia acreditar que tudo passara, pois havia sido muito rápido.*

Também foi possível perceber, em algumas mulheres, o extremo desconforto provocado pela necessidade de controlar o próprio corpo por serem mantidas no leito, não poderem caminhar e, até mesmo, a impossibilidade de ir ao banheiro. São normas do hospital as parturientes serem atendidas no leito. *Sandra continuou no seu processo, tentando fazer tudo que as técnicas lhe pediam, como a forma de respirar e ficar deitada para o lado esquerdo. Mas seu corpo reagia e se movia de forma quase autônoma, e sentia que ela tentava controlá-lo obedecendo às “ordens”. Era quase uma violência.* O desconforto provocado por não estar à vontade, assim como o desejo de ir embora foram experimentados também pela observadora: *é tão estranho, mas as mulheres não estão à vontade para se*



movimentarem ou fazerem o que têm vontade ou o que estão sentindo que o seu corpo necessita. E eu me sinto da mesma forma: até para sentar preciso perguntar e acho que não posso (eu fico em pé o tempo todo, e no final dessa observação o Dr. Osvaldo perguntou como eu aguentava ficar tanto tempo em pé e que achava que eu deveria sentar). Eu já estava ali há quase duas horas e comecei a ficar muito cansada. Tinha muita fome, estava com frio e com dor de barriga, talvez de fome, não sei bem. Tinha muita vontade de ficar e também muita vontade de ir embora e ver outras coisas. Talvez passear no shopping, ir ao cinema. Mas estava cansada. Acho que estava cansada era daquilo tudo [...].

Outro aspecto comum às mulheres ali internadas foi descrito pela observadora como alienação: uma espécie de estado alterado de consciência que fazia com que as mulheres ficassem alheias ao mundo ao seu redor, interagissem pouco com o ambiente à sua volta, falassem pouco e até dormissem durante a evolução do trabalho de parto. Em algumas situações era possível compreender esse comportamento alheio ou indiferente como uma defesa contra a avalanche de sentimentos e sensações que poderiam estar experimentando. Em uma situação específica, foi observado esse padrão de comportamento em uma gestante prestes a dar à luz um bebê extremamente prematuro, com pouco mais de vinte e seis semanas de gestação: *já Sabrina parecia totalmente alheia ao que estava prestes a lhe acontecer; dar à luz um bebê muito antes do tempo, enfrentar uma hospitalização e todos os riscos da prematuridade. Entretanto, não era necessário haver uma situação de alto risco, para a mãe ou o bebê, para que as mulheres se mostrassem alheias, o que também pode ser uma manifestação de sentimentos bastante regressivos, inomináveis, intensos e necessários para com ele empatizar: havia quatro pacientes ali, todas bastante quietas, como se estivessem dormindo. [...] Elas estavam muito recolhidas, todas de olhos fechados, e não quis incomodar. [...] Júlia permaneceu quase todo o tempo deitada e virada para a parede. Consegui ver seu rosto apenas no momento em que ela se sentou na cama e se ajeitou para virar de lado. Tinha feições bonitas, mas seu rosto era uma incógnita: ela tinha cara de mulher, mas ao mesmo tempo de menina. Ela me viu ali parada e sorriu, para novamente se deitar e desaparecer – às vezes lembro do mar e de como essas mulheres parecem mergulhar num mar sem fim, vindo à superfície em poucos momentos, talvez para mostrar que ainda estão ali. Na verdade, sabemos que elas estão ali, mas não sabemos muito bem por onde andam.*

Nesse mesmo sentido, também foi muito comum ver as mulheres dormindo durante o trabalho de parto: *a gestante gemelar chegou [...] Ela era uma mulher muito judiada, com 39 anos, mas que pareciam 90. [...] Ela já estava com quase 9 cm, mas não se queixava de dores; quando saí do CO ela dormia tranquilamente.*



É interessante constatar que a alienação também esteve presente durante o parto propriamente dito, tanto em um parto normal – *[ela] parecia um pouco alheia a tudo, mas fazia tudo que lhe era pedido. Ela ficou um bom tempo ali na mesa de parto, até que o bebê nasceu. O médico parecia muito tranquilo e ia explicando tudo para ela: a anestesia, a episiotomia, a força que deveria fazer – como em uma cesariana – Cíntia chegou, e [o anestesista] começou a lhe explicar os procedimentos para anestesia. Cíntia parecia já estar anestesiada. Ela não questionava nada, não esboçava reação, parecia muito distante de tudo. Era como se tudo estivesse acontecendo com outra pessoa.*

Um exemplo de identificação das mulheres com o bebê apareceu na descrição que a observadora fez de uma situação na qual uma mulher que recebeu a notícia do óbito de seu bebê recém-nascido foi descrita como “congelada”: *e na cama estava outra paciente, tapada até o queixo e com os olhos bastante arregalados. Ela não se mexia, parecia congelada. Logo em seguida à minha chegada, chegou a pediatra para conversar com ela, a paciente. Disse que tinham feito de tudo, mas seu bebê não tinha sobrevivido. Foi como se tivessem me dado um soco no estômago. Fiquei sem ar, sem saber o que dizer, como se eu precisasse dizer alguma coisa [...]. Em seguida, a porta da sala que dá para o corredor se abriu, pois uma técnica da maternidade estava vindo buscar a paciente. Quando ela se levantou da cama, percebi como ela era pequena e jovem e estava chorando. Me surpreendi, pois não esperava que ela estivesse chorando.*

Outro aspecto comum às mulheres durante a internação em CO é a dor. A dor do parto, como qualquer outra, contém elementos biológicos, psicológicos e sociais e é sentida de forma subjetiva, sendo uma experiência única. A forma como cada mulher expressa suas dores parece ter íntima relação com suas características pessoais, com sua necessidade subjetiva de cuidado, com sua confiança, ou não, nas próprias capacidades de suportar as dores e exercer a maternidade. Inúmeras manifestações de dor puderam ser observadas durante este trabalho. A maioria delas está ligada à evolução do trabalho de parto, ao aumento da intensidade e diminuição dos intervalos das contrações e também ao fato de não se saber por quanto tempo será necessário suportar as dores, corroborando a crença das mulheres de que aquele sofrimento não terá fim ou será insuportável. Esta vivência pode ser percebida como ameaça à sua integridade, à sua própria vida, como a de estar em um beco sem saída com o qual ela não tem condições de lidar.

A observadora também experimentou a frustração de não poder oferecer às mulheres algo que efetivamente aliviasse o sofrimento que expressavam: *Gessi era uma menina cuja aparência mostrava sua pouca idade. Espiei na sua pasta e*



vi que era a primeira gestação. Entre uma contração e outra, ela chegava a cochilar, mas, quando vinha a dor, ela abria os olhos, olhava para mim como se dissesse “faz alguma coisa” me deixando muito sem graça. Esse era meu sentimento: era como se eu precisasse fazer alguma coisa por ela, ajudá-la, dizer algo, sei lá. Era um alívio para mim quando a dor passava, e ela voltava a fechar os olhos. E assim foi um longo tempo, que parecia não passar. Durante as dores, além de me olhar, ela chorava, desesperada. A certa altura, após uma contração, pediu que eu chamasse uma das técnicas. Fui rapidinho, aliviada por poder fazer alguma coisa. Ela, então, pediu que a técnica tirasse a cinta do MAP, pois aquilo a estava incomodando. Ainda bem, não aguentava mais ouvir aquele coraçãozinho [do bebê] que parecia que ia parar a qualquer instante.

A dor do parto está relacionada essencialmente à dor da perda, não apenas a física, mas também a emocional. O parto tem o potencial de transformar-se em uma situação traumática para a mulher, na medida em que a obriga a lidar com sentimentos de perda e separação do próprio filho. Foi possível testemunhar expressões das mulheres sobre a “falta” da barriga, logo após o parto, como uma perda concreta de uma parte de si mesma: *em dado momento, para surpresa de todos que estavam por ali, Cláudia exclamou, quase assustada, que não tinha mais a barriga e isso se deu após o obstetra retirar a placenta e lhe mostrar. [...] Cláudia apalpava sua barriga e levantava o avental para olhar-se.*

Foram facilmente percebidas expressões de cansaço e desgaste: *Caren estava tendo dores seguidas, mas não gemia nem gritava. Era como se estivesse fazendo um esforço muito grande e emitia um som tipo o do tenista quando bate na bola. Ela parecia cansada.* Também foi possível observar reações de exaustão durante e após o trabalho de parto: *Diane ficava cada vez mais transtornada a cada nova contração e começou a pedir ajuda. Dizia que não iria aguentar. Começou a queixar-se que estava se sentindo mal e pediu para que eu chamasse alguém. Uma das meninas veio e verificou sua pressão. Estava normal. Apesar disso, Diane afirmava com convicção que estava mal e que não tinha mais forças [...].*

A observadora foi cúmplice das mulheres nesse tipo de sensação, provavelmente revelando, de novo, o mecanismo de identificação que se estabelecia com as observadas: *as horas não passavam, e eu estava ficando cansada. Não tinha onde me sentar e comecei a andar de um lado ao outro, tentando ser o mais discreta possível. Dessa vez, percebi ainda mais claramente como é estreita a sala de pré-parto. Podia se ouvir todos os barulhos do corredor, bem como da rua e da entrada do estacionamento do hospital. As pessoas iam e*



vinham, e nós três ali dentro, num mundo completamente à parte. Até o tempo ali parece diferente.

Novamente a observadora compartilhou com as mulheres uma sensação peculiar, dessa vez de esgotamento: *troquei de lugar e passei para o outro lado da sala. Sandra estava acabada, e eu também. Sentia fome e sede e parecia que nunca mais me sentiria eu de novo. Sandra me olhou várias vezes, sorrindo sem dizer nenhuma palavra.*

Outro tipo de funcionamento, diferente da resignação e dos lamentos até agora referidos, apareceu em poucas mulheres que demonstraram impaciência e irritação, em momentos muito próximos da raiva e beirando a agressividade. Expressões de medo, desespero e sofrimento foram observadas em diversas situações, na maioria das vezes diretamente relacionadas à progressão do trabalho de parto e ao aumento das dores. Um dos medos que chamou a atenção da observadora foi o do fracasso, evidente no parto de Sandra: *o obstetra a tocou e constatou que já estava com 8 para 9 cm de dilatação e que estava indo muito bem. Sandra ficou repetindo que não estava nada bem, que não ia conseguir. De onde vinha essa expressão de Sandra, esse sentimento de fraqueza, de incapacidade? Sandra continuou verbalizando, pedindo ajuda.*

Sentimentos de solidão também se fazem muito presentes: podem estar relacionados à necessidade de muitas das parturientes fazerem contato com a observadora através do diálogo, não apenas para falar com alguém, mas como uma maneira de confessar medos, angústias e culpas. Muitas vidas foram relatadas pelas parturientes durante a evolução do trabalho de parto. *E, de repente, ficamos apenas eu e Sandra naquela sala, que ficou imensa de grande. Continuei parada onde estava, e Sandra pedindo por ajuda. O que eu podia fazer? A certa altura ela olhou para trás e viu que eu ainda continuava ali. Se voltou novamente para a parede e começou a balbuciar que não a deixassem sozinha. Tive vontade de dizer que ela não estava sozinha, mas também tinha certeza de que não adiantaria. Ela estava sozinha, e tudo que ela estava passando era muito solitário. Eu estava ali e decidi que continuaria ali até o parto. Era o que eu podia fazer.*

Tais sentimentos ficaram evidentes especialmente depois do parto, quando a maioria das mulheres foi deixada sozinha na sala de parto: *o obstetra terminou o parto muito rapidamente, e as técnicas logo arrumaram tudo. De repente estávamos somente eu e Lia na sala. [...] Assim como havia movimento na sala, de repente todos iam embora, sumiam, e era estranho esse movimento que ia da invasão ao abandono – pelo menos era assim que me sentia ali. Eu permanecia com Lia, e ela continuava falando comigo, intercalando conversa e silêncio.*

Os sentimentos de solidão fazem pensar em como as mulheres estão



realmente sozinhas para enfrentar o nascimento de um filho. Apesar de se encontrarem em um ambiente hospitalar, cercadas por profissionais, equipamentos, materiais e tecnologia, o processo todo do nascimento é solitário e precisa ser vivido assim.

No encontro das mães com seus bebês, imediatamente pós-nascimento, os comportamentos variaram do encantamento ao estranhamento, sendo o segundo muito comum. Testemunhar o primeiro encontro entre mãe e filho foi um privilégio para a observadora, pois houve momentos de sentimentos intensos: *quando Anita foi levar o bebê para [a mãe], eu fui junto. O rosto de Jenifer se iluminou quando recebeu o filho nos braços, e ela parece ter se atrapalhado de emoção, susto ou excitação, não sei bem. Anita ainda perguntou se era seu primeiro filho, talvez percebendo sua atrapalhão, mas ela disse que não. Depois descobri que era o quarto filho, todos meninos. Jenifer logo pôs Brian ao seu lado e se ajeitou para alcançar-lhe o peito. Ele começou a sugar com vontade, e Jenifer se impressionou com a capacidade de seu filho de já saber mamar e pegar tão bem. Ela ficou ali olhando seu bebê, encantada, e me senti sobrando. Fui até a sala de admissão novamente e, em seguida, voltei para ficar ali com eles. Jenifer reclamou da roupa que seu marido alcançou para o bebê, pois ela tinha preparado uma sacola com roupinhas especiais. E falava comigo, com o bebê e comigo novamente. Não lembro o tanto de coisa que contou, perguntou e explicou.*

Além das reações das mulheres ao nascimento dos filhos, também foi possível observar as reações dos bebês nos primeiros momentos após o parto. Foi constatado que as diferenças entre um bebê e outro são marcantes, evidentes, sem esforço para notá-las. Não se limitam apenas à aparência física, mas principalmente à forma como cada um reage aos estímulos a que são submetidos.

Considerações finais

Participar em um Centro Obstétrico para observações sistemáticas semanais pelo período de dezenove meses foi uma experiência ímpar. Em muitas ocasiões, a observadora se perguntou o que a levava a continuar observando uma experiência que mobilizava tamanhas doses de angústia, de tensão e de desconforto como o parto, pois era assim que ela se sentira em diversas oportunidades. A proposta de aplicação do método Bick em uma instituição hospitalar e, mais especificamente, em um setor exclusivamente dedicado ao atendimento de pacientes obstétricas, deu à observadora a oportunidade de entrar em contato com conteúdos extremamente impactantes, emocionantes, mobilizadores, inomináveis, em função



de sua característica primitiva, que talvez remetessem a uma época do desenvolvimento em que as palavras ainda não tinham adquirido sentido. Além disso, foi muito gratificante a possibilidade de deixar-se usar pelas pacientes, desenvolver uma capacidade empática, de identificação e cumplicidade com essas mulheres, tendo podido ir além da contenção física e oferecer uma espécie de contenção emocional similar àquela exigida da função materna. Permanecer ao lado, acolher, não criticar são aspectos da postura do observador que exercem uma função terapêutica, muito bem-vinda neste momento desafiador na vida da mulher. Tanto as mulheres quanto a observadora usufruíram dessa experiência.

Aproximar-se do parto como um momento em que inúmeros desamparos se encontram – da mulher, do bebê, da observadora e dos profissionais – foi um desafio. Ao mesmo tempo que, nessa disponibilidade de aproximação, o parto foi apreendido como um momento difícil, angustiante, ficou claro o quanto se sai enriquecido de tal experiência.

A mãe precisa ser suficientemente saudável para contatar seu desamparo, entregar-se a ele – pois é o que pode prepará-la para encontrar-se com o desamparo do bebê, num momento “exato” para identificação com ele. Abandonar-se a esse estado regressivo de “loucura normal” é necessário e saudável. No entanto, muitas mulheres não conseguem atingir essa disposição de identificar-se com o bebê, vivenciando-o como um corpo estranho cuja expulsão elas aguardam para aliviar-se e retornar rapidamente à sua condição de vida anterior. Essas mulheres passam por todo o processo sem vivê-lo, o que dificulta a possibilidade de mãe e bebê mergulharem em uma experiência mútua de confiança e previsão e ambos emergirem dessa experiência transformados. O si-mesmo do bebê emerge, necessariamente, de dentro dessa unidade mãe-bebê.

Podemos dizer que, mesmo sendo o parto um momento de curta duração, é uma experiência intensa e tem um potencial desorganizador pela sobrecarga emocional e por ser capaz de interromper, ao menos momentaneamente, a linha de continuidade do senso de existir da parturiente. Foi percebido em muitas mulheres o desespero diante do risco de estar entrando em um espaço estranho, apavorante, desafiando a morte e a loucura. Esses sentimentos podem ter se intensificado pelas particularidades do contexto hospitalar em que as parturientes se encontravam, sozinhas, sem o acompanhamento de familiares, muitas vezes sem conhecer o médico assistente. No entanto é importante destacar que, independente do contexto, vivenciar a regressão física e emocional que ocorre no parto é realmente um desafio máximo para a mulher em seus limites e em sua flexibilidade no transitar em diferentes níveis de sua estrutura psíquica.

No decorrer do trabalho realizado no Centro Obstétrico, com dezenas de



parturientes, foi se consolidando a ideia de que as sensações, sentimentos, reações, comportamentos descritos no texto, presentes na evolução do processo de nascimento do ser humano, são fundamentais na preparação necessária da mulher, que precisa naturalmente regredir física e emocionalmente para acolher seu bebê. Esse processo regressivo já se inicia na gestação, dentro do seu corpo. Uma menininha de dois anos pergunta para sua mãe: “Mãe, por que a gente tem barriga?”. Não é fácil regredir, deixar-se ser usada. É algo desvalorizado nos dias de hoje. No entanto, quando é permitido à mãe regredir dessa forma, nota-se um desarmamento e uma entrega crescente, necessários para identificar-se, empatizar com o bebê, encontrá-lo lá onde ele se encontra, em seu estado de desamparo e assim poder cuidá-lo. □

Abstract

The maternal experience of delivery: a battle of helplessness

Dealing with human helplessness and its consequences throughout life is, and will always be, a big challenge. We consider delivery to be one of the greatest helplessness moments, if not the greatest, which is experienced not only by the infant who is in real total dependence, but also by the mother who is herself regressed, dependent on the infant. Excerpts from observations of delivery carried out in a public Obstetric Centre – and based on the application of the Bick method in this context – are used to examine the helplessness situation experienced by women during delivery. We could see the despair of many women when they face the risk of getting into a strange, frightening space, challenging death and madness. Experiencing the physical and emotional regression that happens during delivery is a maximum challenge to the women’s limits and flexibility through which they move from the different levels of their psychic structure.

Keywords: Delivery. Helplessness. Bick method.

Resumen

La experiencia materna del parto: enfrentamiento de desamparos

Enfrentar al desamparo humano a lo largo de la vida es y siempre será un desafío. Pensamos el parto como uno de los momentos de más desamparo, quizás el mayor,



vivido no solamente por el bebé humano, en dependencia real total, sino también por la madre que se encuentra, ella misma, regredida, dependiente del bebé. Con el objetivo de reflexionar sobre la situación de desamparo experimentada por las mujeres en el parto, se utilizan viñetas de observaciones del trabajo de parto, del parto y post parto, en un Centro Obstétrico de un hospital público, con aplicación del método Bick en este contexto. Se observó, en muchas parturientes, la desesperación ante el riesgo de estar ingresando a un espacio extraño, asustador, desafiando a la muerte y a la locura. Vivir la regresión física y emocional que ocurre en el parto es realmente un desafío máximo para la mujer en sus límites y en su flexibilidad en el transitar por diferentes niveles de su estructura psíquica.

Palabras llave: Parto. Desamparo. método Bick.

Referências

- BICK, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *Int. J. Psychoanal.*, v. 45, n. 4, p. 97-115.
- DEUTSCH, H. (1977). *La psicología de la mujer*. Buenos Aires Losada.
- DONELLI, T. S. (2008). *Descortinando a vivência emocional de mulheres em um centro obstétrico: uma investigação sobre o parto através do método Bick*. Porto Alegre: UFRGS. Tese de doutorado.
- FREUD, S. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1987, p. 333-454.
- _____. (1926). Inibição, sintoma e angústia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1987, p. 95-204.
- RANK, O. (1923). *El trauma del nacimiento*. Buenos Aires: Paidós, 1961.
- RUSTIN, M. J. (2001). Looking in the right place: complexity theory, psychoanalysis and infant observation. In: *Conference – origins and evolution: the interplay of attachment theory and British objects relations*. Under Fives Study Centre, University of Virginia, Charlottesville, UK.
- WINNICOTT, D. W. (1949). Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, p. 313-340.
- _____. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, p. 389-408.
- _____. (1956). Preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, p. 491-498.
- _____. (1966). A mãe dedicada comum. In: *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1987, p. 1-12.
- _____. (1968). A comunicação entre o bebê e a mãe e a mãe e o bebê. In: *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1987, p. 79-96.



Tagma Schneider Donelli, Nara Amália Caron, Rita de Cássia Sobreira Lopes

_____. (1969). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 195-202.

_____. (1990). A experiência do nascimento. In: *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, p. 165-172.

Recebido em 12/07/2012

Aceito em 21/11/2012

Revisão técnica de **Lúcia Thaler**

Tagma Schneider Donelli

Av. Unisinos, 950

Bairro Cristo Rei

93022-000 – São Leopoldo – RS – Brasil

e-mail: tagmaps@gmail.com

© Revista de Psicanálise – SPPA