UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

VERA IACONELLI

Mal-estar na maternidade:
do infanticídio à função materna

São Paulo
2012

VERA IACONELLI

Mal-estar na maternidade:
do infanticídio à função materna

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Psicologia.

Área de concentração:
Psicologia Social e do Trabalho

Orientador: Prof. Dr. Nelson da Silva Junior

São Paulo
2012

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Iaconelli Vera.

Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna / Vera Iaconelli; orientador Nelson da Silva Junior. -- São Paulo, 2012.

130 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise 2. Função materna 3. Infanticídio 4. Contemporaneidade 5. Parentalidade 6. Período perinatal I. Título.

RC504

Nome: IACONELLI, Vera

Título: Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A *Nelson da Silva Junior*, pela Oficina de Escrita do Instituto Sedes Sapientiae,
pelos *heterônimos* compartilhados em e-mails,
pela aguda crítica e grande incentivo,
pela abertura permanente ao diálogo,
obrigada.

A meus familiares, no que puderam compreender da minha “abdução”,
como bem nomeou o prof. Christian,
I’m be back!

A meus admirados professores do IPUSP,
fonte de permanente inspiração e franca inveja!

Ao prof. *Mario Eduardo Costa Pereira*,
que, como supervisor, acolheu a escuta deste caso, sustentado-a
e indicando preciosas leituras.

Aos amigos *Thais Garrafa, Daniel Lírio,*
Daniela Teperman, Roberta Kehdy,
Dinorah Polleto Porto, Renata Guarido,
A partir de agora, almoço, café, lanchinho, é só marcar...

A meus alunos do Instituto Brasileiro de Psicologia Perinatal - Gerar,
oriundos de todo o país, trazendo na bagagem ricas experiências profissionais e pessoais que
me acompanham e estimulam a continuar pesquisando esta clínica.

Para *predileta, preferida e favorita*,
como vocês me animam!

A meu amor, cujas qualidades me comovem.
Meu privilégio.

A Carla e Valentina, que se constituíram enquanto
mãe e filha em condições extremas.

Minha mãe riscava a seda,
levava-a à máquina e, com o olho espremido,
aproximava, perigosamente, a mão da implacável agulha.
Da máquina de costura, para nosso total assombro,
saía um corpo a ser preenchido...

Meu pai, paraquedista, saltava de avião, num abraço infinito em direção à Terra,
de onde eu, minha mãe e meus cinco irmãos o fitávamos.
Aguardávamos atônitos sua queda iminente,
amortecida pela seda costurada...

A vocês, meus primeiros amores, aqui vão meu salto e minha costura.

RESUMO

IACONELLI, V. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna**. 2012. 130 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

A partir do atendimento de um caso de tentativa de infanticídio, buscou-se discutir algumas das condições para a construção da função materna. Entre as possíveis formas de se abordar um caso em pesquisa, optou-se pela construção de caso, privilegiando um olhar que parte da clínica, na qual entendemos fundar-se a descoberta psicanalítica em sua vocação de retroalimentar a teoria. Foram privilegiados três eixos: a experiência corporal, o lugar do sujeito e o laço social. Para tal, trabalharam-se estes aspectos: o percurso histórico antecedente ao que se entende hoje por maternidade, incluindo-se a psicanálise no seu início, os diferentes discursos sobre o corpo que desembocam no discurso médico, conforme proposto por Clavreul, e as questões do laço social na constituição da função materna, a partir do conceito de *contrato narcisista* de Piera Aulagnier. Dessa forma, pôde-se apontar como a função materna é atravessada pela lógica dessubjetivante da contemporaneidade e, ao mesmo tempo, reafirma-se a escuta do sujeito como condição para a superação dos impasses da atualidade.

Palavras-chave: Psicanálise. Função materna. Infanticídio. Contemporaneidade. Parentalidade. Período perinatal.

ABSTRACT

IACONELLI, V. **Discontents in motherhood: from infanticide to maternal role**. 2012. 130 f. Thesis (Doctorate) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

From the discussion of a case of attempted infanticide, we tried to discuss some of the conditions for the construction of the maternal role. Among the possible ways to approach a case in research, we chose to build a case, favoring a look that starts from the clinic, in which we understand is the base of the psychoanalytic discovery in its vocation to provide feedback for theory. Three main aspects were privileged: a bodily experience, the place of the subject and the social bond. To this end, these aspects have been worked up: the historical background antecedent to what is meant by motherhood today, including psychoanalysis in its early stages, the different discourses on the body leading into the medical discourse as proposed by Clavreul, and issues of the social bond in the constitution of the maternal role, from the concept of *narcissistic contract* of Piera Aulagnier. Thus, one could point out how the maternal role is crossed by the deconstructive logic of the subjective of contemporaneity and at the same time reaffirming the listening to the subject as a condition for overcoming the impasses of the present.

Keywords: Psychoanalysis. Maternal role. Infanticide. Contemporaneity. Parenthood. Perinatality.

RÉSUMÉ

IACONELLI, V. **Malaise dans la maternité: de l'infanticide a la fonction maternelle.** 2012. 130 f. Thèse (Doctorat) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

À partir de la discussion d'un cas de tentative d'infanticide, on a essayé de certaines conditions pour la construction de la fonction maternelle. Parmi les moyens possibles pour aborder une cas dans la recherche, nous avons choisi de construire le cas, en favorisant un regard qui part de la clinique, où nous croyons être la découverte de sa vocation base dans la théorie psychanalytique des commentaires. Trois axes privilégiés: l'expérience corporelle, la place du sujet et du lien social. À cette fin, on a travaillé jusqu'à ces aspects: l'antécédent historique de ce qu'on entend par la maternité aujourd'hui, y compris la psychanalyse à ses débuts, les discours différents sur le corps menant dans le discours médical tel que proposé par Clavreul, et les questions de la formation du lien social dans le rôle de la mère, le concept de Piera Aulagnier, le contrat narcissique. Ainsi, on pourrait signaler que le rôle de la mère est traversé par une logique de déconstruction de la subjectivité contemporaine et en même temps réaffirmer d'entendre parler de ce sujet en tant que condition pour surmonter les impasses d'aujourd'hui.

Mots-clés: Psychanalyse. Rôle maternel. L'infanticide. Contemporanéité. Parentalité. Périnatalité.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	APRESENTAÇÃO DO CASO	18
2.1	Encontrando Carla	18
2.2	A cena familiar	24
2.3	Entre o lixo e a infantilização.....	25
3	DA CULTURA	26
3.1	Introdução.....	26
3.2	História das mulheres e história do gênero.....	26
3.3	Nas sociedades estáveis.....	29
3.4	Na Antiguidade.....	34
3.5	Na Idade Média	37
3.6	Na Modernidade.....	38
3.7	Maternidade no Brasil Colônia.....	42
3.8	O século XX e a psicanálise.....	44
3.9	A medicina e a emancipação feminina na Pós-Modernidade	45
3.10	Sua majestade o bebê.....	47
3.11	A boa mãe da psicanálise.....	48
3.12	Parto <i>versus</i> nascimento	49
4	DOS DISCURSOS SOBRE OS CORPOS.....	54
4.1	Um saber natural sobre maternidade?	54
4.2	A invenção do corpo.....	58
4.3	O corpo no discurso médico.....	63
4.4	Corpo ecológico	70
4.5	Corpo da psicanálise.....	76
4.5.1	Corpo erógeno	76
5	O ESPAÇO NO QUAL UMA MÃE PODE CONSTITUIR-SE	84
5.1	Constituir-se mãe para um bebê.....	84
5.2	Corpo imaginado e os bebês.....	85
5.3	Contrato narcisista e o <i>bebê do discurso social</i>	92

6	CONCLUSÕES.....	102
6.1	Mulher larga bebê recém-nascido no lixo e vai embora pra casa.....	103
6.2	Quanto vale um bebê?	103
6.3	Quando se forma um bebê?.....	107
6.4	Reconhecer e conhecer <i>um/seu</i> bebê.....	108
6.5	Uma jovem com dores abdominais.....	110
	REFERÊNCIAS	115
	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	126

1 INTRODUÇÃO

Carla, como a chamaremos aqui, deu entrada em um hospital/maternidade com dores abdominais, sobre o pretexto de que eram de causa ignorada (na verdade, havia tomado medicação abortiva na 26ª semana de gestação). Teve seu recém-nascido no banheiro do hospital, deixou-o na lixeira e, após tomar um analgésico indicado pelo médico que a atendeu, foi embora. Ao ser chamada pela equipe da maternidade, após encontrarem e socorrerem o bebê, retornou, agora ao setor da maternidade. Nessa volta, algo operou de forma a fazê-la assumir imediatamente o papel materno junto ao bebê. A forma como o fez mostrou-se surpreendentemente adequada, não sendo possível distinguir sua dedicação ao bebê com a de qualquer outra *mãe devotada comum*, como chamava Winnicott (1994).

A escuta da equipe do hospital, que resgatou o bebê de Carla, a da família, que solicitou o atendimento, a da própria jovem e o acompanhamento da criança, ao longo dos últimos anos¹, nos impeliram a discutir a construção dessa maternidade² e nos fizeram privilegiar três eixos: a experiência corporal, o lugar do sujeito e o laço social, escolha sobre a qual nos deteremos mais adiante.

Como Freud nos ensinou em seus ensaios sobre a sexualidade, já em 1905, a sexualidade humana é perversa polimorfa e se destaca do reino animal. Embora suas teses nos pareçam tão evidentes, pelo menos no âmbito da psicanálise, passados mais de cem anos de sua publicação, algo da questão do desejo das mulheres de serem mães e, principalmente, da ausência desse desejo, ainda suscita questões. Reprodução e maternidade tendem a ser vistas num contínuo, cujo sinal de saúde aponta para uma certa identidade entre gerar um bebê e desejar ser mãe. Afinal, se o criador renega a criatura, quem nos salvará? Diante da mãe que não deseja o filho, até mesmo Freud capitulou (STEIN, 1988).

Buscamos garantias, mas a clínica nos aponta para uma construção complexa e delicada. A polêmica que ocupou a psicanálise na refutação da tese freudiana sobre o desejo feminino pela maternidade já parece suficientemente embasada para que a ela só retornemos a título de constatação, pois muito se tem escrito sobre o equívoco dessa afirmação. Segundo André:

¹Caso atendido na clínica de gestantes e pais de bebês, composta por alunos e professores do curso de formação em psicologia perinatal do Instituto Brasileiro de Psicologia Perinatal - Gerar.

²Como psicanalistas, pensamos *maternidade* como evento da ordem da singularidade de cada sujeito, ao mesmo tempo que buscamos elencar condições mínimas para sua consecução, condições necessárias, embora não suficientes.

Pode-se sublinhar, aliás, uma outra fragilidade do raciocínio freudiano: fiando-se na identificação materna (...) para guiar a filha no sentido da realização de sua feminilidade, ele deixa, em suma, as chaves da feminilidade aos cuidados do desejo de ser mãe. *O tornar-se mulher confunde-se aqui com um tornar-se mãe.* O desejo de um filho, suposto dar uma realização simbólica ao desejo inicial do pênis, significa em última instância que Freud atribui ao filho o papel de significante da identidade feminina, à falta de um outro sinal. Esta tese, é preciso reconhecer, não se aplica à prova do real de nossa clínica (ANDRÉ, 1998, p. 198, grifo no original).

A literatura psicanalítica (SZEJER, 1997; LANGER, 1981; WINNICOTT, 1994, 2000; BYDŁOWSKY, 2002; SOIFER, 1980, entre outros) tem sido profícua na descrição de um certo comportamento presente no ciclo gravídico-puerperal. No trabalho clínico, tal comportamento é claramente observável em muitas das mulheres que nos procuram, assim como nos casos relatados. Algumas contribuições da psicanálise têm ocorrido no sentido de descrever os comportamentos da mulher nessa fase, promovendo a ideia de um psiquismo próprio da gestação, do parto e do puerpério. Reconhecemos o mérito de tais estudos que nos ajudam a pensar a clínica, lugar em que nos deparamos diariamente com algumas peculiaridades: regressão, identificação com o bebê, reelaboração edípica... No entanto, a descrição de um fenômeno clínico claramente observável não nos isenta do questionamento sobre sua irrupção, suas justificativas, suas condições. Sob risco de estabelecer uma pretensa universalidade a-histórica e, ainda, contribuir para a normatização da maternidade, faz-se necessário questionar o aparecimento desses comportamentos. Winnicott (2000) cunha o conceito de *preocupação materna primária*, relativo a uma predisposição da mulher para entender e atender as demandas de seu bebê recém-nascido. A base para tal capacidade de devoção viria do fato de ela mesma ter sido um bebê. O acesso às experiências do adulto, enquanto ainda era um bebê, serviriam de fundamento para a identificação, sendo o processo regressivo uma de suas condições. Segundo o autor:

Sugiro, como vocês sabem, e suponho que todos concordem, que *comumente* a mãe entre numa fase, uma fase da qual ela *comumente* se recupera nas semanas e meses que se seguem ao nascimento do bebê, e na qual, em grande parte, ela é o bebê, e o bebê é ela. E não há nada de místico nisso. Afinal de contas, ela também já foi um bebê e traz com ela as lembranças de tê-lo sido; tem, igualmente, recordações de que alguém cuidou dela, e estas lembranças tanto podem ajudá-la quanto atrapalhá-la em sua própria experiência como mãe (WINNICOTT, 1994, p. 4, grifo no original).

Contudo, ter sido bebê não é prerrogativa das mulheres, afinal. Todos fomos bebês e, segundo essa lógica, estaríamos igualmente aptos a nos identificar com nossos bebês. As questões identificatórias, por sua vez, são atravessadas por expectativas de ordem cultural, e a prova disso é o reconhecimento paulatino de que homens podem cuidar de seus bebês, seja na forma da maior participação do pai no casal heterossexual, seja nas adoções por casais

homossexuais ou famílias monoparentais masculinas. Mas, se é o processo regressivo da mulher, motor do retorno dessas “lembranças”, que dá suporte para a identificação da mãe com o bebê, resta saber o que o aciona *especificamente* na mulher. Tal identificação é tributada ao aspecto orgânico da gestação, esta sim, experiência privilegiada das mulheres? Está intrinsecamente associada ao gênero feminino?

Com este trabalho, não temos a pretensão de aumentar as definições que imputam à mulher prerrogativas naturais à identificação com seus bebês nem tampouco pretendemos ignorar o fato de que até hoje se tem observado esse fato, ou seja, as mulheres vêm historicamente detendo essa admirável capacidade de se dedicar abnegadamente ao bebê de forma eficiente. Pelo contrário, nosso intuito é o de manter aberta a brecha pela qual a escuta clínica pode nos ensinar algo sobre a plasticidade da construção da maternidade e retroalimentar a teoria, em sua vocação para o questionamento.

Quanto aos sentidos e valores atribuídos à maternidade, não se pode falar de homogeneidade de atribuição de sentidos ou de comportamentos, nem ao longo da história nem, tampouco, em um mesmo período histórico (HÉRITIER, 1996; MOTTA, 2001; ARIÈS, 2006; DONZELOT, 1986; DEL PRIORE, 2007). O que denominamos *boa mãe* é uma ideia construída historicamente, em um processo sociocultural que desemboca, na atualidade, nos cuidados médicos e psicológicos oferecidos às mulheres e a seus bebês e que, como se sabe, vêm sendo alvo de transformações radicais. A ideia de *mãe dedicada comum* de Winnicott (1994) pode ser aplicada à mãe de Balzac, por exemplo, conhecida pela distância com que criou o grande escritor? E se essa senhora foi tida como mãe rejeitadora por ter enviado o pequeno Honoré ao internato e por raras vezes tê-lo visitado, ou por não lhe ter escrito por longos anos, não podemos deixar de pensar que o comportamento dela, menos de cem anos antes, na mesma França, seria considerado por suas contemporâneas, no mínimo, como corriqueiro (BADINTER, 1985). As boas famílias do século XVII costumavam deixar seus filhos com amas mercenárias³ e depois interná-los, sem que isso fosse então motivo de escândalo. Os trabalhos de Ariès (2006), Badinter (1985), Duby (1990) e Donzelot (1986), entre outros, nos serviram para localizar historicamente a mudança de mentalidades no que tange à construção social da infância.

O amor entre pais e filhos não está garantido a priori, nem pelas forças da natureza, nem pela força da tríade narcisismo, identificações e processo regressivo nem pelas determinações históricas. Emergiria da combinação única de todos esses aspectos?

³ Assim eram chamadas as mulheres que comercializavam seu leite e que acabavam por se incumbir dos bebês de outras mães mais abastadas.

Sendo que a experiência biológica da mulher na perinatalidade (a saber: conceber, gestar, parir e aleitar) não é necessária à consecução do papel maternal, pois temos as adoções, nem suficiente, pois temos os abandonos, coube-nos discutir de que corpo se trata na construção de tal função. De que se trataria a experiência corporal, a subjetiva, no sentido psicanalítico do termo, e qual seria a função do laço social, ao longo do ciclo gravídico-puerperal? Neste ponto, entendemos que a psicanálise nos permite um diálogo com a questão do corpo, do sujeito e do laço social, o qual pode nos ajudar a esclarecer seu lugar na relação com a função parental.

O caso apresentado neste trabalho (Capítulo 2) foi exemplar no que nos deu a ver da questão do corpo na perinatalidade. Se a reprodução se dá no corpo, e, no entanto, a relação maternal não se instala necessariamente a partir daí (haja vista o relato acima, no qual concepção, gestação e parturição não a desencadearam), de que corpo se trataria, afinal? Seria o corpo prescindível, como as biotecnologias podem fazer supor, ao buscar incessantemente a ectogênese⁴ (ATLAN, 2006)? Detemo-nos nesse tema central, ao falar dos discursos sobre o corpo (Capítulo 4), a fim de ver como a psicanálise pode oferecer uma leitura preciosa para pensarmos o lugar do corpo na constituição subjetiva, enriquecida pela contribuição lacaniana, e na perinatalidade.

O reconhecimento do bebê e do papel de mãe, duas situações distintas, organizaram-se a partir do encontro com a equipe de enfermagem, o que nos fez questionar o lugar do laço social nessa construção. Com o intuito de contextualizar os laços sociais dos quais emergem mãe e bebês na atualidade, apresentamos um breve percurso histórico do estatuto da mulher no papel de mãe e do papel do bebê, desde as sociedades estáveis até os dias atuais (Capítulo 3). Com isso, pudemos descrever em que momento e em nome de que se instituiu a ideia de instinto materno, que reverbera até os dias atuais mas, também, como as questões da contemporaneidade se articulam inextricavelmente, com os discursos sobre o corpo em sua relação com o que Clavreul (1983) denominou ordem médica, denunciada também na ideia do biopoder (FOUCAULT, 1988). Além disso, pudemos localizar algumas falas da psicanálise, no desenrolar dos acontecimentos mais recentes da história, que nos obrigam a reconhecer que nossas teorizações nunca estarão ao abrigo do contexto no qual são formuladas. Com isso pretendemos reiterar a vocação do fazer psicanalítico de enfrentamento incessante dessa

⁴Gestação extraútero. Entre a inseminação artificial, as técnicas invasivas de diagnóstico e cirurgia em útero, o parto cirúrgico e a prematuridade generalizada, caberia ainda um penúltimo desafio à biotecnologia da reprodução - a gestação extrauterina, sendo o último, é claro, a clonagem.

condição inexorável da contextualização, que permite um diálogo permanente entre gerações, para fazer jus ao trabalho dos que nos antecederam, mantendo vivos seus legados.

Diante desses dois temas centrais, a saber, o corpo e o laço social, que implicam também a questão do corpo *no* laço social, passamos a pensar *o espaço no qual uma mãe pode se constituir*, parafraseando Aulagnier (1979); ou seja, como o sujeito se organiza, a partir das vicissitudes da relação com o corpo e com o discurso, na qual se insere no âmbito da perinatalidade. Esse é o tema sobre o qual nos debruçaremos no capítulo acerca da constituição subjetiva do papel de mãe (Capítulo 5), buscando discutir também os posicionamentos explícitos ou implícitos do discurso psicanalítico diante dos demais.

Entre as formas possíveis de se abordar um caso em pesquisa, optamos pela construção de caso, privilegiando um olhar que parte da clínica, na qual entendemos fundar-se a descoberta psicanalítica em sua vocação de retroalimentar a teoria. Casos como esse, com os quais nos deparamos em nossa prática, nos defrontam com os limites de nossas formulações e nos impelem em direção a novas formulações, pois pensar o fazer psicanalítico, com seus transbordamentos e com sua demanda permanente de reflexão e posicionamentos, é condição para que a teoria não se transforme em letra morta. Mas a pesquisa, que parte da clínica psicanalítica, encerra, por si só, permanentes questionamentos. A abordagem do material clínico, que surge especificamente na relação transferencial paciente-analista, em pesquisa acadêmica está sujeita a importantes diferenças de compreensão.

Nesse aspecto, entendemos que o material apresentado diz respeito a um campo que não isenta o analista, ao contrário, o engaja e o compromete. É da relação com o paciente como também com a teoria que o pesquisador-analista vai tecendo seu trabalho. Dessa forma, afastamo-nos da ideia de estudo de caso segundo a qual o objetivo se foca na elucidação e nos voltamos para a construção de caso, em que o foco se desloca para a reflexão sobre as inquietações por ele suscitadas, incluindo-se um permanente diálogo entre a escuta do paciente, trazida pelo analista, e a teoria.

Uma jovem deixa seu recém-nascido no lixo, uma mulher entra em depressão pois supõe que deveria *saber naturalmente* cuidar de seu bebê, outra se recusa a aceitar o sexo do filho e o maltrata... Pensar a subjetividade como fator imprescindível, posto que o ser humano só se torna humano ao ser cuidado *por um* semelhante e *como* semelhante, é fundamental. Mas se, por um lado, a subjetividade é condição necessária, por outro nos perguntamos sobre as condições para que a subjetividade comporte a maternidade, ou seja, para que um sujeito, a mulher, desempenhe esse papel para um outro sujeito, um bebê.

Iniciaremos, portanto, pela descrição do caso, para em seguida apresentar questionamentos sobre a história do estatuto da mulher e do bebê, das sociedades estáveis até a contemporaneidade, escolha que nos ajudou a compreender o entorno do qual partem essas maternidades. Em seguida, veremos como esse percurso desemboca na discriminação dos diferentes discursos sobre corpo bem como contextualiza algumas falas no campo da psicanálise. Tendo-se contemplado esse panorama de forma não exaustiva, é claro, posto que história, antropologia e sociologia são disciplinas que excedem em muito o âmbito de nossa pesquisa, passamos a discutir as condições subjetivas para o surgimento da função materna.

Por fim, na conclusão deste trabalho (Capítulo 6), buscamos refletir, retornando à especificidade do caso atendido, sobre a possibilidade de ampliação de nossa escuta clínica e de formulação teórica, a partir do percurso realizado.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

2.1 Encontrando Carla

Fomos contatados por uma senhora, cuja sobrinha havia tido um bebê com vinte seis semanas de gestação, fazendo uso de medicação, numa gravidez escondida da família. Segundo ela, a criança fora deixada na lixeira de um hospital/maternidade. Marcamos consulta para a ocasião em que a jovem teria alta da internação, três dias após o parto e do telefonema da tia. Carla, nome fictício, dezoito anos, aparentando visível fragilidade e cansaço, chegou acompanhada de seu pai, que se encontrava perceptivelmente abalado. A mãe não pôde vir, pois também havia tido bebê, com doze dias na ocasião. Carla entrou sozinha na consulta, cumprimentou-nos atenciosamente e sentou-se na beira da cadeira, posição que manteve todo o tempo. Antes que começasse a falar, pediu para usar o banheiro e saiu. Ao voltar, perguntamos-lhe o que estava se passando, e ela respondeu que fizera um aborto. Dissemos que ela poderia ter tentado um aborto, mas que ocorrera um parto induzido.

Ao escutá-la, vimo-nos diante da dificuldade de atribuir um sentido a seu gesto. Referindo-se ao aborto, sua fala nos remeteu ao momento em que o corpo do bebê é apenas uma extensão do corpo feminino e da qual uma mulher pode, de acordo com determinadas convenções, dar cabo. Mas, considerando-se o período gestacional de vinte e seis semanas, pelas determinações locais, tratar-se-ia de um parto induzido. Afinal, ela tinha feito um aborto ou provocado um parto?

Disse que poderia ter sido tudo diferente se tivesse contado aos pais, desde o começo, que estava grávida. Contou que havia uma queixa recorrente dos pais de que ela não falava nada de si. Referiu-se mais à mãe do que ao pai.

A jovem relatou que iniciara um namoro escondido com um homem já casado há um ano, ele próprio pai de um bebê de quatro meses. Estava apaixonada por ele, que lhe prometera se separar da mulher, só não o fazia por causa do bebê que tivera com a esposa. Três meses depois do início dessa relação, a mãe da paciente descobriu-se grávida de uma gestação não planejada.⁵ Três meses depois, Carla engravidou do amante. Segundo a paciente, um mês depois da concepção ela teve um sangramento e acreditou não ter ficado grávida. Aos

⁵Gravidez não planejada decorrente do uso de contraceptivos orais detectados como ineficientes, que tiveram grande repercussão na mídia à época.

quatro meses e meio, não havendo mais menstruação, fez o teste e confirmou a gravidez. Quando o pai da criança foi avisado, ele disse que não assumiria a gestação pois era casado; ela poderia decidir o que fazer, abortar ou não, mas não deveria revelar o nome dele. Quanto aos pais, Carla temia revelar-lhes a gravidez porque para eles ainda era virgem, mas esta questão lhe parecia menos problemática do que o fato de saberem que saía com um rapaz casado. Esse seria o assunto impossível de abordar, segundo a jovem. Os pais começaram a desconfiar e a pressioná-la, mas, embora o ventre estivesse saliente (Carla é muito magra e usava miniblusa), ela continuava alegando que não estava grávida, que era virgem. Resolveu fazer uso da medicação providenciada pelo namorado, antes que fosse desmascarada, o que ocorreu quando se encontrava na vigésima sexta semana (na véspera os pais a tinham avisado de que a levariam ao médico). Argumentou acreditar que o bebê só estaria formado aos sete meses. Fazia um pouco mais de uma semana que a irmã de Carla havia nascido.

A jovem entrou em trabalho de parto, com o uso do abortivo, e pediu que uma amiga, única pessoa além do namorado que sabia de sua condição, fosse com ela até um hospital/maternidade da região. Ao chegar lá, foi atendida por um ginecologista que lhe receitou Buscopan®. Aguardando a medicação, foi até o banheiro, sentiu vontade de urinar (a bolsa rompeu), e o bebê nasceu, em seguida vindo a placenta. Chamou a amiga, que chorou ao ver a cena. Descrevendo a cena do parto, Carla relatou que, ao olhar o bebê, espantou-se com o fato de já estar formado, inteiro, grande. Disse que imaginava os bebês se formando somente após o sétimo mês.⁶ Não acreditou que estivesse vivo, pois não abriu os olhos, não inflou o peito, o cordão umbilical ainda ligado à placenta. Olhou, observou, examinou demoradamente o filhote humano que fora capaz de conceber. Deixou-o no lixo do banheiro, cobriu-o com papel. Voltou para tomar o Buscopan® indicado. Foram embora, mas antes de chegarem a casa, ainda no ônibus, foram chamadas de volta ao hospital.

Estamos diante de uma ação complexa por parte da moça. Uma adolescente, que não queria ser mãe nessas condições mas que, ao mesmo tempo, desejava se impor perante os pais como adulta, engravida em um país onde a interrupção da gravidez é proibida, mas nem por isso deixa de ser realizada de forma alarmantemente perigosa. Uma jovem cujos pais não podiam saber que não era mais virgem, muito menos que se tratava de uma relação com um homem casado, que não lhe deu suporte e que demonstrou uma profunda ambivalência quanto

⁶Nada indica que houvesse falta de informação sobre o desenvolvimento dos bebês, tendo a paciente acompanhado várias gestações na família. Essa ignorância sobre a *formação dos bebês* nos fez pensar no retorno das teorias sexuais infantis.

a saber se seria capaz de *fazer um bebê*, deixando as providências para o aborto se estenderem até se tornar um parto de um bebê capaz de sobreviver fora do útero.

A faxineira havia encontrado o bebê no lixo. Carla ressaltou que o banheiro tinha chaves e que o havia deixado trancado, então supôs ter sido a faxineira, (o que de fato ocorreu). Já no hospital, foi interpelada pelo delegado, que perguntava sobre o pai da criança. Carla disse que ele não sabia de nada e não contou sobre o uso da medicação. Ao dar entrada na maternidade, na qual se recuperou do pós-parto, foi levada à UTIN.⁷

No lapso de tempo que levou para retornar ao hospital, foram providenciados os primeiros socorros ao bebê, e este se encontrava limpo e tranquilo. Na ocasião de seu retorno, que se mostrou crucial, ela foi informada pela enfermagem de que se tratava de seu bebê, uma menina, e ela ficou surpresa com sua beleza.

A intervenção foi imediata: família, maternidade, profissionais de saúde, todos foram ágeis diante da comoção que se seguiu à descoberta do bebê.

Tanto ela quanto a criança encontravam-se em bom estado de saúde. A paciente descreveu a bebê como medindo quarenta centímetros e pesando um quilo duzentos e setenta gramas, mas teve dificuldade em dizer que eram quilos, afirmava em vez disso que eram gramas, um pouco confusa. Apesar de terem se passado apenas três dias, a criança já estava quase livre de aparelhos, com exceção do respirador, e mamava bem. Engordara trezentos gramas desde o nascimento. Na consulta, referiu-se à bebê como “ela”, e perguntamos-lhe:

– Ela quem? – Minha filha, respondeu, com um sorriso envergonhado.

Combinamos de visitar a bebê juntas dali a três dias.

Conversamos com o pai de Carla em seguida, e ele nos disse estar desesperado com a atitude da filha. Disse não a compreender pois, afinal, sempre se comentava como Carla era hábil e cuidadosa com os bebês que tinha sob sua responsabilidade (havia cuidado de irmãos e primos menores e ainda cuidava). Os pais haviam desconfiado de que sua silhueta, sempre tão esguia, havia mudado e pretendiam levá-la ao médico na semana do acontecido. O pai supôs que a ameaça de levá-la para exames, decorrente de sua insistente negação de uma gravidez já notável, levou-a a tomar a medicação abortiva, na véspera da consulta, e se perguntava se estaria diante de um monstro, ao mesmo tempo em que se culpava por alguma possível negligência sua e da esposa, sem, contudo, conseguir identificá-la. Em seguida, discorria sobre várias qualidades da filha, incompatíveis com seu gesto. Ele e a mãe de Carla tinham a

⁷UTIN: Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

preocupação de manter a criança junto à família, assumindo perante a lei a custódia da neta, enquanto fosse necessário.

A partir da alta, a jovem retornou à maternidade diariamente para coletar leite e ficar com a criança. Algumas intervenções nossas foram realizadas na maternidade, voltadas à equipe, a Carla e à criança.

O bebê sobreviveu. Foi recebido pela equipe da UTI neonatal com grande comoção. Foi essa equipe que ofereceu uma primeira visão humanizante à criança e é nesse grupo que a função materna seria exercida inicialmente. Temiam deixar o bebê sozinho com a mãe – ela o visitava e coletava leite desde o primeiro dia. Cuidavam bem essas mães-enfermeiras em sua função de prótese! Temiam pelo bebê diante da violência dessa mãe, só não sabiam que não havia ódio nem depressão nem loucura, como veremos mais adiante. *Ainda não há nada. E é isso que é assustador.* Fez-se necessário conversar com a enfermeira chefe da equipe da UTIN da maternidade, antes da intervenção junto à criança, para que pudesse desabafar sua indignação e descrever exaustivamente a cena da chegada da criança, em condições lastimáveis, à unidade. Ela contou em detalhes como tinha sido difícil limpar o bebê, com sua pele frágil de prematuro de seis meses, dos resíduos do lixo. Nosso trabalho não seria muito diferente do dela, ao tentarmos separar esse bebê da criança-dejeto-lixo com a qual a mãe se deparou no nascimento. Era preciso tentar assegurar transferencialmente que a suposta *loucura* da paciente – diagnóstico que o entorno supunha em resposta à angústia de se lidar com tal cena – estava sob nosso cuidado, ou seja, sob nosso controle, de forma que a equipe pudesse apostar nela.⁸ Como boas mães salomônicas, essas enfermeiras preferiram um bebê inteiro a disputá-lo com aquela que reivindicava a maternidade de direito, sem ainda tê-la provado de fato. Passaram a se ocupar solidariamente de ambos, mãe e bebê.

Fomos juntas à maternidade. Desde o nascimento, havia seis dias, era a primeira vez que a jovem encontrava a filha de olhos abertos; apesar de visitá-la diariamente, ela nunca os tinha visto assim. Sugerimos que contasse à criança o que tinha havido, e Carla pediu que o fizéssemos. Não omitimos nada, da gravidez ao abandono. O bebê chorou e se agitou, o oxímetro desencaixou, o som do aparelho completou a cena, com grande alarido. Dissemos que ele havia nascido antes que sua mãe pudesse vê-lo, que nascera antes da mãe, mas que agora ambos poderiam se ver. O bebê dormiu.

⁸Não havia qualquer obrigatoriedade de essa jovem vir a se tornar mãe *de fato* desse bebê, podendo surgir outras soluções, como a entrega aos avós.

A jovem iria a júri popular⁹, acusada de tentativa de infanticídio (neonaticídio).¹⁰ Poderia ser presa, perder o poder familiar, talvez ser absolvida. Falamos sobre isso na sessão seguinte, e ela reconheceu o medo da situação legal, mas reafirmamos a legitimidade da ação penal, posto que prevista por lei, com a qual concordou.

Na próxima visita à maternidade, segunda desde o início da intervenção, mencionamos diante do bebê uma lei acima de nós que não permitia que fizéssemos coisas erradas uns com os outros, que sua mãe lhe havia feito algo terrível e que responderia por isso. O bebê olhou cada vez mais atentamente, tinha tido um progresso espantoso, em vinte e cinco dias já estaria fora da incubadora. Em mais uma semana mamaria no peito. Recusava o leite industrializado.

A mãe nos contou que as enfermeiras haviam percebido que o bebê sentia falta dela e chorara com sua saída, só se acalmando *quando uma atendente parecida com ela* se aproximou. Essa atribuição de reconhecimento, de desejos e caprichos ao bebê, essa torcida pelo enamoramento que surgiu espontaneamente na equipe foi a própria atribuição de função materna feita à jovem pelo entorno. Apoiaram-na em seus momentos de fraqueza, cansaço e arrependimento. Elogiaram sua dedicação. Contiveram as recriminações ao ato da mãe expressas inicialmente. Em trinta e cinco dias, a criança estaria em casa com a mãe e os avós, que tinham sua guarda provisória.

Trabalhamos, antes de tudo, com o estancamento da ferida que se fizera no laço social: instituição que acolheu, familiares, amigos, mídia. Nesse sentido, tivemos muita sorte: a equipe da maternidade foi exemplar, em sua capacidade de absorver a cena traumática que se abateu sobre todos, ao receber o bebê e a mãe. Também os familiares, em seu desespero, buscaram todas as formas legais de manter a bebê como parte integrante da família, lidando com a justiça e procurando o serviço psicológico imediatamente. Sorte em relação à mídia, que pôde ser afastada pela direção do hospital.

Não sabíamos a quem a lei outorgaria o poder familiar, mas trabalhamos com a esperança de que algum dia mãe e filha se olhassem como dois seres humanos, talvez, com sorte, se perdoassem. Perdão da filha por ter sido vista em sua condição pré-humana e tratada como tal, perdão da mãe ao ter que dar conta do desejo imperioso de viver que a filha lhe impôs. Conversamos sobre esse tema na presença de ambas.

⁹Ainda não tínhamos informações sobre o desenrolar judicial do caso. Em nosso último encontro, no entanto, a perspectiva de abertura de processo permanecia remota. Aparentemente, o comportamento da jovem, ainda na maternidade, fez com que o delegado não instaurasse um caso.

¹⁰O termo mais apropriado para a morte até 14 horas após o parto é neonaticídio, mas utilizaremos infanticídio por não se tratar de discriminar horas, mas o espaço em que o bebê humano ainda pode ser tomado como sujeito, ou não, embora ainda sem sê-lo e que, paradoxalmente, promove isso mesmo que preconiza.

A chefe da enfermagem propôs o nome de Ana Luiza para a criança, de forma um tanto autoritária, nome que a paciente recusou, por ser muito parecido com o da sua irmã recém-nascida e escolheu, ela mesma, o nome para a filha. Assim, afirmou um processo de emancipação junto à maternidade, de reivindicação de direito junto à filha e de nomeação.

Desde o nascimento, a paciente falava sobre o pai da criança, um homem casado de quem esperava o reconhecimento da paternidade. Os avós foram contrários a qualquer aproximação, mas respeitariam o direito paterno, desde que feito o exame de DNA. Diante da tentativa de criar a filha como irmãzinha, respondendo à demanda do pai, a paciente impôs a presença do pai legítimo, que se mostrou receptivo a conhecer a criança a quem pretendia dar seu sobrenome. Dessa forma, a jovem afastava possíveis indícios de uso onipotente da gestação como sendo autoengendrada, instituiu o reconhecimento da paternidade, revelando a qualidade do recalque em relação às fantasias edípicas (ter um filho com o próprio pai) e marcou o corte que afastava a suspeita de risco de psicose para a filha.

A maior preocupação, em termos de prognóstico, era a possibilidade de construção de um *contrato narcisista* (AULAGNIER, 1979, p. 146), no qual a criança pudesse vir a se inserir elaborando a questão da origem para além do estigma *da criança do lixo*. Passados seis anos, a ligação entre mãe e filha revelou-se amorosamente investida, com reconhecimento dos papéis de cada uma.

Nesse tempo, Carla casou-se com outro rapaz e teve um segundo filho, iniciou e concluiu estudos em enfermagem e optou por trabalhar como enfermeira em maternidade. Encontramo-nos anualmente em consultas de acompanhamento, para as quais traz a filha. A relação entre as duas transcorre sem problemas, a criança vai bem na escola, mas se queixa da forma como os avós tratam a mãe e diz que não gosta muito de ficar na casa deles. Tivemos oportunidade de contar seu nascimento para ela. Valentina ouviu atentamente, aproximou-se da mãe, riu quando dissemos que sua mãe não acreditava que pudesse ter um bebê tão lindo. Contamos que sua mãe tinha ido embora antes, assim que ela nascera, deixando-a só e desamparada, tão desamparada quanto ela mesma se sentia. Quando voltou para rever Valentina, pôde reconhecer que se tratava de uma linda bebê e não saiu mais de perto dela. Carla contou que os aniversários da filha eram muito importantes para elas: fazia questão de compensá-la nessa data, comemorando seu nascimento.

2.2 A cena familiar

Carla é filha de um motorista de ônibus e de uma empregada doméstica. Trata-se de uma família econômica e socialmente estruturada, cujos filhos, com exceção da jovem, cursavam ou aspiravam cursar faculdade. A irmã mais velha da paciente, com quem era constantemente comparada, era noiva e estava no último ano da faculdade. Comparada à irmã, a paciente era chamada de “irresponsável, imatura, namorada e pouco esforçada”. No entanto, os pais reconheciam que Carla ajudava muito em casa e que gostava de cuidar dos pequenos. Ela largou os estudos depois do colegial, e seu sonho de fazer um curso técnico foi adiado, menos em função de dificuldades financeiras e mais por falta de perspectiva de vir a ter sucesso nessa empreitada e em decorrência de seu estigma familiar. Nesse ponto cabe ressaltar que a ajuda de Carla em casa não era desprezível, havendo uma clara conveniência em mantê-la cuidando dos irmãos menores, enquanto os pais trabalhavam. O pai não escondia ser muito ciumento com as filhas, e, apesar de ter dezoito anos e ser considerada “namorada”, a jovem era tida como virgem. Ela contou que sua relação com os meninos do bairro sempre fora mais para brincadeiras e bate-papo. Sua gravidez, por outro lado, decorreu de um relacionamento com um rapaz casado, que havia insistido muito para que saíssem juntos. Carla disse se envolver com ele na esperança de que viessem a viver juntos, pois ele se queixava do casamento. A confirmação da gravidez se deu por volta de três meses e meio de gestação, e os procedimentos para interrupção ocorreram no fim do sexto mês.

A relação dela com a mãe revelou-se problemática, e os relatos obtidos a seguir foram fruto de um insistente questionamento em sessões de atendimento, nas quais a paciente não demonstrava reconhecer a relevância dessas informações. Diferentemente dos irmãos maiores e menores, nossa paciente estabeleceu, desde pequena, uma relação conflituosa com a mãe. Dois episódios foram exemplares nesse sentido: em uma das situações Carla relatou que a mãe, vendo que a filha se recusava a comer, levou-a a encostar a boca na panela quente e a queimá-la gravemente. A família (tias e pai) reagiu a essa violência recriminando-a, mas não houve retratação perante a criança nem qualquer sanção da mãe. Não se falou mais desse acontecimento desde então. Na segunda lembrança de Carla, a mãe, em função de uma desobediência da filha já adolescente, usou um pedaço de madeira para bater nela. Nessa ocasião, Carla teve a rótula quebrada e deu entrada no hospital de ambulância. Para livrar a mãe de uma possível investigação do juizado de menores, a jovem afirmou que havia caído da cama, pois dormia em beliche. Novamente os familiares criticaram a mãe (nunca quando

Carla estava próxima, embora ela chegasse a escutar), mas não houve retratação, nem sanção e não se falou mais no assunto. Cenas como essas não são comuns na família e se restringiam à relação entre a mãe e essa filha especificamente, não havendo relatos de igual teor sobre os demais filhos. A peculiaridade do lugar atribuído à jovem na dinâmica familiar pode nos ajudar a entender em parte os acontecimentos subsequentes.

A mãe da paciente encontrou-se inesperadamente grávida, mesmo tendo tomado anticoncepcionais (verificou-se tratar-se de um produto de má qualidade, que ocasionou diversas gestações não planejadas). Após três meses, quando a gestação temporã da mãe se confirmou, Carla engravidou do namorado casado. Essa concomitância não pode ser subestimada.

2.3 Entre o lixo e a infantilização

O lugar de Carla em sua família nos remete ao lixo, ao resto. A mãe não conseguiu explicar o que a filha fazia de tão errado que justificasse reações tão violentas de sua parte. O pai, embora nos dissesse não concordar, não chegou a penalizar a mãe nas duas situações acima descritas. Nunca houve retratação verbal, embora as tias recriminassem o comportamento da mãe. Paralelamente, ele nunca aceitou a emancipação da filha, sendo o maior entrave para a realização do exame de DNA. Expressava o desejo de assumir a neta como filha e não admitia o fato de ela ter tido um filho com um homem casado e que a ajudara a fazer o aborto. Ciumento e controlador, oferecia poucas alternativas identificatórias para a filha.

O caso será discutido no capítulo final (Capítulo 6), mas antes faz-se necessário estabelecer algumas coordenadas históricas que, esperamos, nos localizem quanto às peculiaridades do tema da maternidade na contemporaneidade.

3 DA CULTURA

3.1 Introdução

Pensando o eixo da construção histórica do papel materno, vemo-nos implicados a justificar, do vasto espectro do que se entende por cultura, o recorte do que pode nos servir como forma de elucidar questões pertinentes ao universo da mulher em seu papel de mãe e, por outro lado, de um bebê, aquele que define a consecução desse papel. Nosso recorte busca traçar o panorama das transformações do lugar da mulher no ocidente ao longo da história, no que tange a seu papel materno.

Isolar um elemento do desempenho social da mulher na linha do tempo implica tarefa fadada ao viés dos recortes por demais artificiais, mas cuja consecução torna-se obrigatória para os fins almejados. Busca-se delimitar o espaço do qual emerge a ideia de maternidade e no qual estamos inseridos como sujeitos sociais. Embora tenhamos operado um amplo retrospecto do tema, sabemos tratar-se de assunto vastíssimo cujo domínio nos escapa. Dessa forma, nossa intenção aqui é a de promover uma reflexão sobre o que se convencionou chamar de maternidade nos dias de hoje, atravessada que é por discursos que a antecedem. Pretendemos contextualizar o caso trazido de forma a identificar, sempre que possível, interpretações ideologicamente determinadas, posto que também nunca estamos acima ou fora de nosso próprio tempo.

3.2 História das mulheres e história do gênero

Como sabemos, a história tem sido contada a partir da perspectiva masculina de gênero: história escrita pelos homens e sobre os homens. Não que não houvesse testemunhos escritos de e sobre as mulheres, mas esses textos, tão raros quanto importantes, vinham sendo ignorados pelos estudiosos e só passaram a ser realmente levados em consideração a partir da década de sessenta. Como nos conta a historiadora feminista Gisela Bock:

A partir da década de 60, o movimento feminista contribuiu para recolocar a questão da história das mulheres. O reconhecimento da sua legitimidade e urgência, da ideia de que não só os homens, mas também as mulheres têm uma história foi produto de um longo e trabalhoso processo (BOCK, 1989, p. 159).

Num primeiro momento, os historiadores reafirmaram a pertinência de uma *história das mulheres*, para depois estabelecer sua relação com história em geral, evitando o equívoco de reiterar a ideia de o percurso feminino poder ser estudado separado do percurso da humanidade. Se falamos de humanidade, falamos de uma espécie que comporta dois gêneros, devendo ser contemplada como tal. Dessa maneira, não se trata de especializar saberes, porém de somar conhecimentos. Ainda com Bock:

O mais importante passo neste esforço de ligar a história de uma metade à da outra metade, e ambas à história em geral, foi conceptualizar a mulher como grupo social, ou seja, como um sexo, o que como resultado tornou os homens observáveis como seres sexuados. Desde meados de 1970 o gênero (*Geschlecht, gender, genre, genere, geschlecht*) foi introduzido como uma categoria fundamental das realidades, percepções e estudos sociais, culturais e históricos. Implica, então, que a história em geral deve também ser vista como história entre os sexos: como história dos gêneros. Gêneros, ou sexos, não eram, até há pouco, tomados como parte integrante do vocabulário histórico (BOCK, 1989, p.164, grifo no original).

A autora nos alerta para o fato de que a história das mulheres ou história dos homens pode fazer pressupor que todas as mulheres e todos os homens vivem a mesma situação, em um dado período histórico e em dado recorte geográfico e nos diz “A consciência da alteridade, da diferença, da desigualdade entre história feminina e masculina foi complementada pela tomada de consciência na historiografia da alteridade, da diferença, da desigualdade entre as próprias mulheres” (BOCK, 1989, p. 161).

É importante deixar claro que o reconhecimento do gênero como categoria fundamental da história da humanidade obriga a um exercício de permanente reflexão diante de preconceitos que rondam o tema. A diferença sexual é expressa por meio de diferenças de costumes, em todas as culturas estudadas até hoje, e esse reconhecimento pode fazer supor que algo de natureza biológica imprima uma consequência inequívoca ao destino social humano, seja de valor, seja de poder... Neste ponto, a autora reafirma que, diante da diferença sexual anatômica, este sim fato da natureza, as sociedades respondem de diferentes formas, criando diferentes paradigmas. Segundo Bock:

Aprendemos a reconhecer que, por um lado, todas as sociedades conhecidas têm espaços, comportamentos e actividades de gênero pré-determinados. Por outro lado, se a diferenciação baseada no gênero existe sempre, as suas manifestações concretas divergem de sociedade para sociedade: não são universais (BOCK, 1989, p. 165).

E, mais à frente:

Para se poder tomar a sério a categoria socio-cultural de género sexual, é preciso acabar de vez com as categorias socio-culturais implícitas na abordagem “biológica” e abandonar as noções que lhe estão associadas. Em primeiro lugar temos de nos recusar a rotular o sexo ou o género sexual como facto “biológico” e a encarar, portanto o corpo da mulher, a sexualidade ou os órgãos envolvidos, a gravidez, o nascimento e a maternidade, como factos “biológicos”. (...) De facto a própria “biologia” é uma autêntica categoria socio-cultural, com efectivas conotações socio-culturais, que tem marcado a abordagem e as relações entre os sexos nas últimas gerações (BOCK, 1989, p. 166-167, grifo no original).

Tendo feito as observações acima, partimos, em nossa pesquisa, em busca do tema da reprodução e do lugar da mulher na história, tendo em vista que, se por vezes se encontram confundidos os papéis de mãe e mulher, tal confusão se dá a partir de questões ideológicas e não de uma pretensa natureza feminina.

Segundo Hérítier (1996), a reprodução sempre foi uma questão elementar para qualquer grupo social, e sua normatização e controle um imperativo de sobrevivência. Seja por excesso ou falta, o equilíbrio entre recursos naturais e sociais, de um lado, e contingente populacional, de outro, continua a ser uma preocupação de todas as sociedades na contemporaneidade.

Nessa lógica, a capacidade e o controle sobre o corpo das mulheres sempre foi a maneira pela qual a reprodução pôde ser manipulada, tendo sido a fertilidade feminina, nos primórdios, condição de pertencimento das mulheres ao grupo social. A fertilidade da mulher foi sendo valorizada ou preterida ao longo da história, mas acima de tudo vigiada e administrada.

No presente trabalho, esta apresentação se justifica pela necessidade de se lançar luz sobre o processo pelo qual diferentes formas de se lidar com a reprodução das sociedades chegam à contemporaneidade, desembocando numa complexidade excepcional da biotecnologia e das novas estruturas familiares.

Não temos a intenção de acrescentar dados à pesquisa histórica sobre o lugar da mulher e de seu papel reprodutivo, mas de utilizar os existentes como ferramenta para ampliar a compreensão do momento atual e do sofrimento a ele pertinente.

3.3 Nas sociedades estáveis

Falar de sociedade estáveis (anteriormente denominadas primitivas ou arcaicas) pode fazer supor uma certa homogeneidade, uma certa coesão nas formas de lidar com a realidade. No entanto, sabemos que as diferenças entre essas sociedades são gritantes e que trabalhamos com aproximações num amplo espectro de costumes, que têm em comum a transmissão oral, a ausência de práticas de escrita e de técnicas modernas.

Apesar de parecer um recorte entre outros possíveis, estudar a mulher e a evolução de seu status no que se refere à reprodução nas culturas estáveis apresenta-se redundante. Nessas culturas, ser mulher equivale a procriar, sendo a fertilidade, em muitas delas, condição *sine qua non* para se obter um lugar no grupo. Portanto, seu status restringe-se ao papel reprodutivo, e, embora reconhecidamente importantes, os demais papéis orbitam ao redor desse principal.

Sobre a infertilidade masculina, por exemplo, não havia o que se falar. A capacidade reprodutiva masculina estava ao abrigo de suspeitas uma vez que, salvo os raríssimos casos de impotência total desde a juventude, não havia nada que não pudesse ser explicado pelo lado das mulheres. Mas, mesmo os casos de impotência masculina reconhecida não chegavam a impedir um homem de ser pai, visto que muito frequentemente os filhos gerados por uma mulher casada eram assumidos pelo marido e não pelo pai biológico. De qualquer forma, cabe ressaltar que a importância de um homem vir a ser pai não pode ser negligenciada pela obrigação de uma mulher tornar-se mãe. O que se pode observar é que de ambos se espera sucesso reprodutivo, mas só a mulher é que pode ser acusada de não realizá-lo, ameaçando, com isso, seu lugar de mulher no grupo social, como nos mostra Hérítier:

O homem estéril é aquele cujo “pénis está morto”. Incluímos aí o homem atingido por verdadeira impotência mecânica ou que não produz esperma. A esterilidade de facto do homem, independente da impotência, não é reconhecida. Deste modo, *todos os casos de infecundidade são imputados às mulheres* e em particular à má vontade de seu “destino individual” (HÉRITIER, 1996, p. 73, grifos no original).

Em alguns grupos, as mulheres estéreis são assimiladas ao grupo dos homens, como nos diz a antropóloga Maria Luiza Heilborn:

Uma determinada modalidade de casamento entre os Nuer, tribo de pastores do Sudão, que se dá entre duas mulheres oferece um novo ângulo de apreciação da questão. Trata-se da situação em que uma mulher comprovadamente estéril retorna à sua linhagem de origem para constituir uma descendência. Ela transita para a condição masculina, podendo casar-se com uma outra mulher. Através do acesso aos

bens de posse comum dos seus irmãos, a que agora ela faz jus, contrai matrimônio pelo sistema usual do dote. A esposa serve ao seu marido e trabalha em seu proveito. Os filhos – resultado de relações sexuais da esposa com um homem estranho à comunidade – frequentemente de outra etnia ou prisioneiro – reconhecem a mulher-marido como pai e assim a chamam. Ao genitor não lhe é dado nenhum reconhecimento, a não ser uma compensação por ocasião do nascimento dos filhos. Status e papéis masculino e feminino são portanto independentes de sexo: é a fecundidade feminina ou a sua ausência que cria a linha de demarcação. Esse exemplo tem, no entanto, a sua maior força não apenas no fato da mudança de gênero, mas sobretudo porque salienta o lugar central que a reprodução ocupa na definição de identidades de gênero (HEILBORN, 1992, p. 45).

Seja a menina antes da menarca, seja a senhora a partir da menopausa, ambas viverão na expectativa ou de vir a gerar, ou no lamento por deixar de fazê-lo. Os ritos de passagem da infância para a puberdade atestam o grau de importância da fertilidade como um marco na história do sujeito, aqui ilustrado por uma descrição do ritual tupinambá, mas que poderia ser exemplificado por inúmeros outros mais ou menos dramáticos:

As meninas atingiam a idade adulta depois da primeira menstruação. Momento em que deveriam seguir um rito de passagem – descrito pelo cosmógrafo francês André Thevet – que provocava grande temor entre as jovens índias. Antes da cerimônia, seus cabelos eram cortados rentes à cabeça com uma pedra afiada ou um osso de peixe. Se não houvesse instrumento cortante por perto, os cabelos eram aparados com fogo. Depois as moças subiam em uma pedra plana onde os índios faziam-lhes incisões na pele com um dente de animal, riscando-as das espáduas às nádegas. Os cortes formavam uma cruz em sentido oblíquo e sua profundidade dependia da robustez ou da resistência das jovens. Alfred Métraux comentou: “Com isso correm o sangue por todas as partes, e, se não fora o pejo ou temor, soltariam as moças gritos horríveis” (RAMINELLI, 2007, p. 16-17, grifo no original).

O corpo é marcado deixando visível à comunidade a transição que se passa em seu interior e renunciando dores, perigos e privações que virão. A ausência de analgesia eficiente para cólicas e contrações de parto, os perigos da altíssima taxa de mortalidade materno-infantil e a necessidade de se ocupar dos bebês integralmente são alguns dos desafios que essas jovens deverão enfrentar diante do imperativo da procriação. A partir desse marco, as normas de conduta sexual serão revistas com o intuito de tudo controlar no âmbito da fecundidade. Já o período da menopausa vem acompanhado de uma grande desvalorização da mulher e, em alguns casos, há o relato da perda dos cuidados com o próprio corpo. Em outro trecho, Raminelli ilustra tal diferença:

A morte das velhas não causava comoção, pois os *selvagens* preferiam as moças. Os homens da sexta classe etária não recebiam o mesmo tratamento. Para eles, essa é a idade mais honrosa de todas. Eles viviam cercados de respeito e veneração, continuavam soldados valentes e capitães prudentes. O falecimento de um velho guerreiro era acompanhado de homenagens, sobretudo quando tombava no campo de batalha. A sua morte em armas tornava-o herói e enobrecia seus filhos e parentes.

Isso não acontecia com as velhas índias que, ao invés de exibirem a experiência e a sabedoria da idade, expressavam por meio de seus corpos a degeneração moral. Elas demonstravam de forma ostensiva a degradação da idade e o resultado das transgressões da mocidade (RAMINELLI, 2007, p. 24, grifo no original).

Apesar de o autor não fazer menção direta entre o fim da idade fértil e a decadência social da idosa, ela é facilmente deduzível. As tarefas que a índia idosa poderia exercer fora do sexo e da reprodução não ficam comprometidas com a idade (cozinhar, tecer), enquanto que as incumbências masculinas exigem muito mais disponibilidade física (guerrear, caçar). Só a perda dos atrativos sexuais e reprodutivos poderiam justificar tal desvalia. Para Françoise Héritier, referindo-se à esterilidade feminina na menopausa ou fora dela, em culturas primitivas: “(...) a mulher estéril não é, *ou já não é*, uma mulher propriamente dita. De maneira negativa ou positiva, mulher imperfeita ou homem imperfeito, está mais próxima do homem que da mulher” (HÉRITIER, 1996, p. 218, grifo nosso).

Em seus estudos antropológicos sobre a questão do feminino e do masculino na cultura, a autora recolhe vários exemplos do tabu relativo à infertilidade feminina. Não ter menstruado jamais, não ter concebido jamais, ter concebido e nunca ter levado a gestação a termo são formas de fracasso na tarefa procriativa, sujeitas a diferentes sanções. A mulher amenorreica é a que envolve o maior tabu, seguida da mulher que nunca gestou. Os abortos espontâneos são sujeitos a menor restrição, mas não livram a mulher de um lugar de desprestígio e sanções:

Completamente diferente é o caso da mulher estéril (*kuna*), seja a que nunca teve menstruação a que é suposto não ter matriz, aquela cujos coágulos se tornam sempre em sangue, a que prejudicou um ser de nascer cuja vindicta não se deixa flectir ou aquela de quem o próprio destino individual recusa conceber. Uma única gravidez, mesmo abortada é suficiente para lhe retirar esta etiqueta e para lhe evitar o destino *post mortem* que a acompanha (HÉRITIER, 1996, p. 74).

Isto não quer dizer que a mulher deveria ter quantos filhos pudesse. O equilíbrio demográfico é uma questão de sobrevivência que concerne ao grupo como um todo e não ao interesse individual, ou seja, quando e com quem conceber são situações cuidadosamente normatizadas e administradas. A virgindade, a abstinência, os contratos maritais, o aborto e o infanticídio sempre foram práticas rigidamente observadas em todas as épocas e em todos os grupos sociais, sendo o poder sobre o corpo da mulher a forma fundamental de se fazer tal controle. Como nos relata Lévi-Strauss, citando a cultura nambiquara:

Os Nambiquara têm poucos filhos; (...) os casais sem filhos não são raros, um ou dois filhos parece um número normal, e é excepcional encontrar mais de três em uma família. As relações sexuais entre os pais são proibidas enquanto o recém-nascido não se desmamou, isto é, frequentemente até os três anos. (...); além de seu

cesto, ser-lhe-ia impossível carregar mais uma criança. As exigências da vida nômade, a pobreza do meio impõe aos indígenas uma grande prudência; quando é preciso, as mulheres não hesitam em recorrer a meios mecânicos ou a plantas medicinais para provocar o aborto (LÉVI-STRAUSS, 1996, p. 266).

Héritier (1996) se pergunta sobre a valência diferencial dos sexos nas sociedades humanas. Uma vez refutada, por falta de provas, a hipótese de que teria existido um período no qual mulheres tiveram mais poder que os homens, um período de poder matriarcal, cabe a pergunta sobre o que leva a supremacia masculina a ter sido a regra que perdura até os tempos atuais. Segundo a autora, a diferença anatômica entre os sexos, mas principalmente os diferentes papéis na reprodução, tem sido um fator primordial:

O corpo humano, lugar de observação constante – lugar dos órgãos, funções elementares, humores –, apresenta um traço notável e certamente escandaloso, que é a diferença sexuada e o diferente papel dos sexos na reprodução (HÉRITIER, 1996, p. 19).

Tal observação funcionaria como um alfabeto básico com o qual toda a raça humana teria que lidar, mas sobre o qual cada grupo comporia os mais variados dialetos, de acordo com a autora. Mas, para além da diferença anatômica entre os sexos, que lhe serve de suporte sem contudo chegar a justificá-la, parece ser a fecundidade a variável que determina essa valência:

Assim, *não é o sexo, mas a fecundidade, que faz a diferença real entre masculino e feminino*, e o domínio do masculino, que convém agora tentar compreender, é fundamentalmente o controlo, a apropriação da fecundidade da mulher, enquanto ela for fecunda (HÉRITIER, 1996, p. 218, grifo no original).

Se a valência entre os sexos está presente de forma constante, nas culturas estudadas até hoje, estando a mulher sempre em posição de inferioridade ao homem, nos perguntamos como estes se apropriam do corpo feminino no exercício dessa valência.

As condições fisiológicas para a reprodução feminina implicam a necessidade de proteção e, principalmente, de confinamento e permanente ocupação com as crianças pequenas. Nesse aspecto, as mulheres não tinham como prescindir do caráter limitante de tal tarefa. As limitações da gestante, o período crítico do parto, o resguardo do puerpério, o papel nutriz e a altíssima mortalidade materno-infantil criavam um abismo entre a contínua mobilidade do homem para exercer a caça e outras atividades e o confinamento/dependência das mulheres, decorrente da imaturidade dos bebês humanos.

A apropriação da fecundidade no corpo masculino está votada ao revés: aí só pode haver simulacro. Passará então pelo controlo: a apropriação das próprias mulheres ou dos produtos de sua fecundidade, repartição das mulheres entre homens (HÉRITIER, 1996, p. 218 - 219).

E mais adiante:

O controlo social da fecundidade das mulheres e a divisão do trabalho entre os sexos são verosimilmente os dois pilares da desigualdade sexual.

Ainda convém apoderar-se dos mecanismos que fazem dessa desigualdade uma relação valorizada de domínio/sujeição (HÉRITIER, 1996, p. 220).

A impossibilidade de estocar alimentos, os perigos do ciclo reprodutivo, as doenças, os períodos de fome e a necessidade constante de migrar em busca de melhores condições criam um delicado equilíbrio e uma fragilidade demográfica detectável no permanente risco de extinção desses grupos. Não há horda de abandonados. Gravidezes indesejadas estão sujeitas a abortos e infanticídios. As mulheres de tais grupos têm, geralmente, alguma autonomia pré-estabelecida para decidir a sobrevivência dos bebês e não são julgadas em sua decisão. As demais crianças desejadas ou toleradas são protegidas e carregadas em tempo integral, até pelo menos os três anos, para aumentar suas chances de sobrevivência. Os relatos sobre esses grupos trazem descrições frequentes dessa relação que comporta dedicação integral, grandes doses de afeto e alguma negligência. Nas palavras de Lévi-Strauss:

(...), os indígenas sentem e manifestam pelos filhos profundo afeto, sendo correspondidos. Mas às vezes estes sentimentos são encobertos pelo nervosismo e pela instabilidade que também demonstram. Um garotinho sofre de indigestão; está com dor de cabeça, vomita, passa a metade do tempo a gemer, e a outra, a dormir. Ninguém lhe dá a menor atenção e deixam-no sozinho um dia inteiro. Quando chega a noite, sua mãe se aproxima, cata-lhe piolhos devagarinho, enquanto ele dorme, faz um sinal para que os outros não cheguem perto e coloca-o nos braços como numa espécie de berço (LÉVI-STRAUSS, 1996, p. 266).

Os problemas com o excesso demográfico só vão surgir com a estocagem de alimentos e com a mudança nas condições sociais, pois nas sociedades estáveis a subsistência baseia-se na caça e na coleta, sendo a roça insuficiente para garantir o sustento alimentar do grupo, o que o obriga a um delicado equilíbrio entre o aumento da população e os recursos alimentares gerados.

3.4 Na Antiguidade

Com o desenvolvimento das sociedades, a problemática reprodutiva vai ganhando outros contornos e desafios. Rousselle (1990), em seu capítulo intitulado “A política dos corpos: entre procriação e continência em Roma”, nos revela os diferentes arranjos que vão sendo estabelecidos na relação entre procriação, abstinência sexual e lugar social. A autora inicia seu texto afirmando o papel fundamental da mulher no mundo romano:

Responsáveis, por definição sexual, da reprodução do grupo, as mulheres do mundo romano às quais se dirigia São Paulo, como todas as dos tempos anteriores aos progressos da obstetrícia e da profilaxia neonatal, tinham um destino fixado pela maternidade. A demecologia, estudo das populações no seu meio, pode, com base no estudo dos esqueletos, construir o destino médio destas mulheres: quantos filhos, que esperança de vida, comparável à dos rapazes nos primeiros anos se não houvesse casamento e maternidade. (...) A esperança de vida à nascença situava-se entre os 20 e os 30 anos. A mortalidade infantil devia aproximar-se dos 200‰ (um quinto), como nas sociedades pré-industriais, portanto até ao século XIX (ROUSELLE, 1990, p. 352).

Em seguida, a autora nos revela um intrincado jogo de forças reprodutivo-sexuais entre as mulheres de diferentes camadas sociais. As mulheres da nobreza tinham a incumbência de reproduzir a classe de nobres e, por um determinado período, essa tarefa compreendia um certo número de filhos que, uma vez atingido, garantia o direito à herança. Por outro lado, a mortalidade feminina ligada ao parto e suas consequências não era de forma alguma desprezível, e a abstinência sexual era a única forma de protegê-las desse infortúnio.

Há assim uma ecologia, dados imediatos da vida feminina, e no mundo romano a primeira certeza é do risco mortal dos partos, em todas as classes sociais. Pode pensar-se que na sociedade romana, como na dos tempos modernos, entre 5 e 10% das mulheres que davam à luz morriam quer do parto quer das suas sequelas (ROUSELLE, 1990, p. 353).

Contudo, se ao homem cabia a busca por satisfação sexual e à mulher uma abstinência protetora da vida, o equilíbrio da balança só era possível a partir da entrada da figura da concubina e da prostituta, toleradas e até incentivadas pela nobreza. Rousselle confirma o lugar da procriação no mundo feminino afirmando que: “apesar do perigo dos partos, a obsessão das mulheres era sobretudo a esterilidade” (ROUSELLE, 1990, p. 354). O intrincado jogo do ideal demográfico se estabelece no quase impossível equilíbrio entre as necessidades do sujeito e os precários recursos para controlar sua natureza. Temos o caráter imperioso da procriação e a impossibilidade de controlá-la, decorrente da inexistência de métodos

contraceptivos relevantes, de abortos seguros, da inexistência de meios para averiguação da legitimidade das paternidades e da obrigação da mulher de ceder ao desejo sexual dos homens.

Quanto aos métodos contraceptivos, temos o *coitus interruptus*, a crença de que levantar-se e lavar-se imediatamente após do ato sexual teria um efeito contraceptivo, o uso da vasectomia (realizada em atletas) e a esterilização (realizada somente em animais). Abortivos, tão perigosos (alguns conhecidos por colocarem em risco a vida da grávida) e mal vistos (no caso das mulheres casadas, poderiam levantar suspeitas sobre a paternidade dos filhos de quem desejavam se livrar) também eram largamente utilizados. O abandono dos filhos, o infanticídio ou a venda das crianças (nas classes mais desfavorecidas) eram utilizados e geravam polêmicas entre os diferentes grupos étnicos e religiosos.

Um dos meios de limitar as famílias na Antiguidade foi a supressão dos recém-nascidos.

Tácito, relatando que os Germanos julgam vergonhoso limitar a dimensão das famílias, mostra bem que essa era uma preocupação romana. Ele realçava também a condenação do infanticídio pelos Judeus, a quem chamava luxuriosos porque faziam numerosos filhos à suas esposas. Os Judeus do Império exprimem a sua diferença em relação aos Romanos precisamente neste ponto da conservação de todos os filhos, como Flávio Josefo no século I. Mesmo em Roma, sob o Império, as leis de Augusto podiam incitar a que se conservassem os três primeiros filhos. A exposição¹¹ dos rapazes fora da casa era tão admitida como a das raparigas: em termos de aceitabilidade as coisas são iguais. (...) A decisão pertencia sempre ao pai desde que a mãe se casava segundo o direito romano (ROUSELLE, 1990, p. 362-363).

O não reconhecimento do filho pelo pai independia da legitimidade biológica da paternidade posto que, no direito romano, a criança precisava ter sua condição de filho legitimada pelo homem.

(...) o pai permanecia senhor da sua descendência mesmo depois de sua própria morte. Ele poderia precisar em seu testamento que deveria ser exposto um filho que ia nascer. O testamento poderia precisar que se nascesse um filho seria deserdado, e deixar a responsabilidade do abandono à mãe (ROUSELLE, 1990, p. 363).

Relacionado diretamente à presunção da paternidade, o controle da virgindade feminina mostrou-se desde sempre uma preocupação. Ao pai romano cabia a decisão sobre a legitimidade do filho desde que se presumisse estar ele ciente de ser ou não o pai da criança adotada ou abandonada. Não cabia à mulher decidir a paternidade de seus filhos, e só um controle rigoroso sobre seu corpo poderia aumentar as chances de o homem não ser enganado. Dessa forma, temos que as meninas são dadas em casamento o quanto antes, seu defloramento

¹¹ Abandono da criança.

ocorre frequentemente antes da puberdade, e as gravidezes são cuidadosamente observadas, caso ela deseje abortar.

Na Antiguidade grega e romana, como aliás entre os Judeus, as mulheres estavam destinadas ao casamento e à maternidade. (...). As mulheres não escolhiam também a idade em que se casavam. Nem mesmo o seu nome aparecia sempre nos contratos de casamento fixados entre o pai e o marido. Já era muito que na cultura romana se exigisse o consentimento formal da rapariga, que era dada pelo seu pai (ROUSELLE, 1990, p. 358).

O autor expõe que o casamento das pré-púberes entre dez e doze anos foi descoberto como prática no Marrocos por Marcel Durry (1990), que, em seguida encontrou, em textos gregos e latinos, situações idênticas. A partir da crença de que o defloramento levava as meninas à menarca, pode-se deduzir o alcance de tal prática, e o autor traz uma citação de João Crisóstomo, grande pregador cristão, no final do século IV:

“Somos feitos assim, já o disse, nós, os homens: por ciúme, por amor da vã glória, ou por qualquer outra razão, amamos sobretudo aquilo de que mais ninguém pôde dispor e aproveitar antes de nós e de que somos os primeiros e únicos senhores”. E compara as mulheres com os vestuários e os móveis (ROUSELLE, 1990, p. 361-362).

Com o intuito de proteger a matrona, esposa casada dentro da lei romana, cuja prole composta de cidadãos romanos por ela criados e protegidos pode ser reconhecida como legítima e herdeira, cabe o exercício paralelo de um papel desempenhado pelas concubinas, prostitutas e escravas. Elas devem dar conta da sexualidade dos maridos, sem colocar em risco a vida da esposa, sem constranger o homem ao reconhecimento de uma paternidade indesejada, ou de uma descendência que possa dividir desnecessariamente o patrimônio familiar. Nesse sentido, a mulher de segunda classe, que pode se submeter aos riscos do parto, do aborto, do abandono ou da criação de bastardos, incumbe-se de poupar a matrona de tamanho dissabor. Pode-se entender então, por que a relação entre essas mulheres ultrapassava a condição de simples tolerância, chegando a ser claramente aceita e até desejável. A abstinência sexual da matrona, depois da criação dos filhos, necessária à continuidade da família, serve como solução diante do precário controle da biologia.

Entre sociedades de forte mortalidade, como todas as que precedem a nossa, as diferenças de organizações das populações surgem do dispositivo social que define a função das mulheres. Nas sociedades antigas, pode discernir-se a selecção de mulheres destinadas a reproduzir as pessoas valorizadas, que dizer, os cidadãos ou membros de uma etnia consciente da sua definição (como a dos Judeus). (...). Vamos ver como as esposas honradas dos cidadãos romanos protegiam sua existência pela continência – uma vez dados ao marido os filhos indispensáveis – e como transferiam para as amigas de seus maridos os perigos mortais do aborto (ROUSELLE, 1990, p. 367).

Desse modo, vemos que as diferentes camadas sociais de mulheres se dividem diante da tarefa feminina procriativa e sexual, estando as de melhor posição sujeitas a gerar um número indispensável de filhos para depois levar uma vida abstinência, enquanto que à escrava cabia reproduzir a massa de trabalho de seu amo, à concubina e à prostituta satisfazê-lo sexualmente sem ônus para a esposa.

3.5 Na Idade Média

A Idade Média é marcada pela onipresença do discurso religioso em todo o âmbito social, é por meio dos ditames da igreja que as questões femininas são pensadas. Esse é um período famoso pela quantidade e intensidade de textos extremamente misóginos, e relativamente à época o historiador Jacques Dalarum faz uma interessante ressalva: “E será pertinente designar uma sociedade ou a sua cultura como mais ou menos misóginas enquanto não despontarem os sinais seguros de uma cultura que o não seja?” (DALARUM, 1990, p. 30).

Essa interessante observação se faz ainda mais contumaz na medida em que vivemos um período da subtração das palavras politicamente *incorretas* sem que isso nos indique, com segurança, a dimensão das mudanças de mentalidades correspondentes. Os textos produzidos à época nos soam tão escandalosamente misóginos quanto livres de censura.

Dalarum inicia por apontar uma constatação desconcertante: as mulheres a quem os religiosos se referem em seus textos lhe são tão distantes quanto supostamente perigosas. São trabalhos produzidos por homens, no ambiente “dos claustros e dos *scriptoria*, das escolas, depois das faculdades de teologia, no seio das comunidades de cônegos onde, desde o século XI, os clérigos encarregados do século se preparam para a vida imaculada dos monges” (DALARUM, 1990, p. 29).

A figura feminina de Maria, mãe de Jesus, por exemplo, só pode ser cultuada a partir da ênfase em seu caráter virginal, que vai adquirindo contornos claramente obsessivos. Não basta apregoar-lhe a castidade na concepção, mas discute-se fervorosamente uma parição sem *abertura*, ou seja, um parto virginal. A questão que parece ser central nesse período diz respeito à inviolabilidade do feminino sem fendas, causa de horror e iniquidade ao olhar do homem religioso medieval, pelo menos em seu discurso religioso. Como nos ilustra o autor no trecho a seguir:

A maternidade virginal já não é discutida. A sua aplicação exacta, a sua formulação precisa ainda agitam, contudo, os espíritos. A virgindade de Maria, no *Novo Testamento*, não é afirmada se não na concepção e apenas por dois evangelistas (...). Autores há que vão mais longe ainda (...) militam por uma virgindade *no* parto: “sem abertura do útero”, precisa Gregório Magno (...); “vulva e útero fechados”, repete Hincmar de Reims (DALARUM, 1990, p. 41, grifos no original).

No trecho seguinte:

Quando Godofredo de Vandoma redige o seu sermão *Na Natividade do Senhor*, uma dúvida subsiste ainda, já que ele diz querer refutar o erro daqueles que pretendem que Maria foi virgem antes e após o parto mas que a porta se abriu no parto. Ele comenta o versículo de Ezequiel sobre “a porta na casa do Senhor, fechada e que não se abrirá” (DALARUM, 1990, p. 41, grifos no original).

A pesquisa histórica é rica em material que corrobora a tese da misoginia e da importância de uma virgindade perene que evitaria a queda da mulher diante das tentações da carne e do risco de morte causado pelos partos. Se o culto a Maria a dispõe como mulher irretocável, o mesmo não pode ser deduzido das demais criaturas de seu gênero: ela é a bendita entre as mulheres, única a merecer um voto de confiança dos homens, ao preço de ser inventada como figura feminina sem fendas, sem abertura.

Mas sua figura vai adquirindo novos contornos, com o passar dos séculos, e, se a ênfase em sua virgindade vai declinando, é para dar lugar ao culto do papel maternal. Como vemos neste trecho:

A partir do século XIII, os mendicantes, sobretudo os franciscanos, tomam a dianteira. É virada para a Virgem que a mística medieval levanta voo: piedade filial, piedade de filhos mais do que nunca. Menos crispção sobre a virgindade, talvez: a mulher triunfa como mãe (DALARUM, 1990, p. 54-55).

A dedicação materna serve, dessa forma, para redimir a mulher medieval de sua tendência demoníaca. Veremos como esse tema ressurge na modernidade sobre outras bases.

3.6 Na Modernidade

Donzelot (1986) se refere às relações entre mulher, prole e Estado na história recente, mais precisamente a partir do século XVII, e delineia um intrincado jogo de forças que muito contribui para o entendimento do lugar da mulher na sociedade atual.

O contingente de crianças abandonadas, que ficam sob a tutela do Estado, cria um ônus cada vez mais difícil de suportar, a partir do século XVII. A criança abandonada ou que

não pode ser devidamente mantida pelos pais passa a ter um destino triplamente funesto: engrossar os números da mortalidade infantil que atinge índices assombrosos, juntar-se à horda de marginais que ameaçam o grupo social por meio de crimes e revoltas, ou servir ao Estado ocupando as colônias ou o trabalho militar.

No caso da mortalidade infantil, os gastos iniciais com o cuidar de bebês e crianças são perdidos. Já a massa de desvalidos era motivo de inquietação, por um lado pela instabilidade social com o risco de revolta, e ônus por outro, quando o Estado buscava atender às suas necessidades. O uso desse contingente para colonização dependia de grandes investimentos iniciais que garantissem a sobrevivência, mas também evitassem a invalidez na idade adulta. A partir dessa constatação, a conservação das crianças passa a ser a pauta do dia, percorrendo todo o discurso público. Teólogos, filósofos, políticos e médicos se unem em coro a fim de responder à problemática social e buscar uma solução proveitosa, diríamos mesmo, rentável. Preservar as crianças, para que venham a ser massa de trabalho manipulável, defendam a pátria como soldados ou para que ocupem as colônias implica sobreviverem à infância, é bom lembrar, em condições minimamente saudáveis. A lógica de ganho duplo para a nação, seja pelo que se pode lucrar, seja pelo que se deixa de perder, é clara e usada abertamente como argumento. Badinter nos brinda com um fragmento do texto *Mémoire politique sur les enfants*, de Chamousset (1756):

“Inútil tentar provar o quanto a conservação das crianças é importante para o Estado”. Ora, constata ele (Chamousset), as crianças abandonadas morrem como moscas sem nenhum lucro para o Estado. Pior ainda, reapresentam um ônus para a nação obrigada a mantê-las até que morram. Eis como o filantropo formula o problema nos termos mais realistas, para não dizer cínicos, da economia: “É aflitivo ver que as *despesas consideráveis* que os asilos são obrigados a fazer com as crianças expostas (abandonadas) *produzem tão poucas vantagens para o Estado...* A maioria destas crianças morre antes de chegar a uma idade que se poderia *extraí-las alguma utilidade...* Não se encontrará um décimo delas com 20 anos de idade... E o que vem a ser este décimo, *tão caro*, se lançarmos à conta dos que sobrevivem a despesa feita com os que morreram? Um número muito pequeno aprende ofícios; os outros, saem dos asilos para serem mendigos e vagabundos, ou se transferem para Bicêtre com uma certidão de pobreza” (CHAMOUSSET, 1756, apud BADINTER, 1985, p. 156, grifos no original).

A questão dos cuidados com os recém-nascidos passa, acima de tudo, por sua alimentação, ainda restrita ao aleitamento materno, que é central na conservação das crianças. Não havendo substituto à altura, podemos imaginar como no século XVIII a oferta de leite materno era condição imprescindível para a sobrevivência dessas crianças, cabendo, então, às nutrízes um lugar de destaque no quebra-cabeça social. A mulher que pudesse dispor de seu leite alimentando vários bebês encontrava em tal tarefa uma forma de serviço remunerado

muito disputado. A prática das mulheres de comercializar a amamentação ou, da mulher escrava, de amamentar compulsoriamente o filho do senhor não era nova, mas passava a enfrentar as vicissitudes do desenvolvimento das cidades e seu excesso populacional. Badinter (1985) baseia sua refutação à ideia de um instinto materno humano na demonstração de que da relação das mães (e, obviamente, a comunidade como um todo) com o recém-nascido era, no mínimo, negligente e, mesmo assim, levou alguns séculos para mudar. Se a ideia de instinto em humanos fizesse algum sentido, deveria ser, pelo menos, o de garantir algum comportamento que se impusesse independentemente dos ditames sociais, salvo nas patologias. Mas longos períodos históricos, envolvendo pessoas de todos os níveis sociais, mesmo aquelas cujo discurso era favorável às crianças, não podem ser facilmente negligenciados como prova da ausência de um comportamento natural. Essa é a ideia que Badinter (1985) defende. Para conservar as crianças, pelo contrário, foi necessária uma grande doutrinação na busca de mudança de mentalidades. Não se ignora, historicamente, a presença de amor entre pais e filhos, mas ele aparece contingencialmente. A entrega sistemática dos filhos recém-nascidos para as amas, por vezes poucas horas após o parto, chegando o bebê a perder sua própria celebração de nascimento, era prática mais comum (BADINTER, 1985). Abuso, negligência e maus tratos eram frequentes nessas relações de amamentação mercenária, dessa forma a sobrevivência das crianças e o controle sobre seu comportamento passou a ser assunto de Estado, encontrando diferentes soluções dependentes da camada social.

Um dos grandes méritos do texto de Donzelot é, justamente, apresentar as diferentes repercussões desse desafio entre classes populares e burguesas, revelando as ideologias distintas daí decorrentes. Se, por um lado, temos uma busca pela proteção dos filhos dos ricos, à mercê da criadagem considerada abusiva e mal-intencionada, por outro temos a vigilância sobre os serviçais e seus vícios mundanos. Proteção para os filhos dos ricos, vigilância sobre os desfavorecidos, tarefas empreendidas através da invenção da filantropia.

É ainda mais significativa as diferenças de posições táticas em que se encontram a mulher burguesa e a mulher popular. Através da revalorização das tarefas educativas se estabelece, para a mulher burguesa, uma nova continuidade entre suas atividades familiares e suas atividades sociais. Ela descobre um domínio de missão, abre para si um novo campo profissional na propagação das novas normas assistenciais e educacionais. Pode, ao mesmo tempo, ser suporte de uma transmissão do patrimônio no interior da família e *instrumento de irradiação cultural no exterior*. A mulher do povo possui, por natureza, um trabalho antagônico com seu *status* materno. Algumas vezes ele representa uma necessidade mas é sempre obstáculo a realização de uma função de guardião do lar. Para ela não se trata de irradiação: sua missão é, ao contrário, velar por *retração social de seu marido e filhos* (DONZELOT, 1986, p. 47, grifos no original).

A filantropia serve à dupla tarefa de ajudar a mulher pobre a não abandonar sua prole, oferecendo-lhe condições materiais, vigiando seus hábitos e exigindo adesão aos ditames do poder social higienista, e de estabelecer um conluio entre o poder médico e a mulher burguesa, que passa a ser beneficiada por um status inédito na família, obtendo o papel de enfermeira, numa extensão da medicina dentro do lar, amparada pela valorização do saber médico e pedagógico.

A instauração do médico de família, essa implantação direta do médico na molécula familiar, constitui o melhor meio de sustar as tentações dos charlatães e dos médicos não qualificados. E, no interior mesmo da família, a aliança privilegiada entre o médico e a mãe terá por função reproduzir a distância de origem hospitalar, entre o homem de saber e o nível de execução dos preceitos atribuído à mulher (DONZELOT, 1986, p. 23).

É importante ressaltar, como dito acima, que o status da mulher não sofre uma mudança homogênea no grupo social: se à mulher burguesa cabe o lugar de auxiliar direta do médico, já à mulher popular cabe o lugar da “liberdade vigiada”, segundo Donzelot:

Em torno da criança a família burguesa traça um cordão sanitário que delimita seu campo de desenvolvimento: no interior deste perímetro o desenvolvimento de seu corpo e de seu espírito será encorajado por todas as contribuições da psicopedagogia postas a seu serviço e controlado por uma vigilância discreta. No outro caso, seria mais justo definir o modelo pedagógico como o da *liberdade vigiada*. O que constitui problema, no que lhe diz respeito, não é tanto o peso das pressões caducas, mas sim o excesso de liberdade, o abandono nas ruas, e as técnicas instauradas consistem em limitar esta liberdade, em dirigir a criança para espaços de maior vigilância, a escola ou a habitação familiar (DONZELOT, 1986, p. 48, grifo no original).

Muito tempo se passará até que a cultura ocidental comece a questionar os destinos das crianças, como nos diz Ariès:

Em primeiro lugar, eu chamaria a atenção para um fenômeno muito importante e que começa a ser mais conhecido: a persistência até o fim do século XVII do infanticídio tolerado. Não se tratava de uma prática aceita, como a exposição em Roma. O infanticídio era um crime severamente punido. No entanto, era praticado em segredo, correntemente, talvez, camuflado, sob a forma de um acidente: as crianças morriam asfixiadas naturalmente na cama dos pais, onde dormiam. Não se fazia nada para conservá-las ou para salvá-las (ARIÈS, 2006, p. xv).

Com as campanhas filantrópicas higienistas que visam “proteger” pobres e desvalidos e com a idealização do papel de salvadora da mãe burguesa, a maternidade passa a encarnar um caráter de missão. A igreja onipresente descreveu uma maternidade santificada, como vimos anteriormente, mas é na passagem do século XVIII para o XIX que a infância e a maternidade vão sendo envoltas numa aura de amor natural entre mãe e filhos. Mulheres virtuosas zelam por sua família, e, nesse âmbito, o desejo de ter filho vai equivalendo à

natureza benevolente da mulher. Saímos da obrigação, da imposição e do desejo de pertencimento social, querendo-se ou não ser mãe, para o registro do desejo inerente a toda mulher, associado a seu caráter benigno. A mulher não é impelida a gerar, ela assim o deseja. Ser mãe lhe é tão natural que não sê-lo é uma ofensa à natureza feminina. E por desejar, ela zela por sua cria. Fora disso teríamos o desvio moral, a patologia.

3.7 Maternidade no Brasil Colônia

Sobre este período, vale ressaltar que nosso interesse se volta para o século XVI, época em que se dá a construção da sociedade brasileira, cuja mentalidade foi afetada pelos ideais europeus de colonização. O lugar da mulher nessa sociedade, que se inaugura a partir desse século, em pleno Renascimento, diferirá daquele ocupado pela mulher europeia, sua contemporânea. As condições *suis generis* da formação do povo brasileiro criam uma intrincada combinação de costumes, crenças e raças. Sabemos que, muito antes de a mulher europeia ser trazida para cá, a miscigenação se deu, primeiramente, com as índias e escravas africanas (RIBEIRO, 1995).

Quanto ao papel da mulher nesse contexto, é importante ressaltar a especificidade de seu lugar e as restrições a ela impostas. Como nos aponta Del Priore:

Este papel (da mulher) deveria refletir a participação feminina na conquista ultramarina, mas também a sua atividade na defesa do catolicismo contra a difusão da Reforma protestante. Mais ainda, deveria espelhar a presença feminina na consolidação de um projeto demográfico que preenchesse os vazios da terra recém-descoberta (DEL PRIORE, 2009, p. 22).

Em seguida:

É importante destacar que parte do contingente feminino – a quem tanto o Estado como a Igreja ultramarina se dirigiram, recomendando que se casasse e constituísse família – chegava aos homens pelo caminho da exploração ou da escravização, acentuando, assim, nas suas desigualdades, as relações de gênero. Tais diferenças foram importantes na constituição dos papéis femininos e serviram para a fabricação de estereótipos bastante utilizados pela sociedade colonial e mais tarde incorporados pela historiografia (DEL PRIORE, 2009, p. 22).

Devido às características especiais desse período de grandes conquistas territoriais, fez-se urgente não só o estabelecimento de controles férreos sobre as mulheres como também a tentativa permanente de normatização de uma verdadeira babel de culturas, credos, raças e condições sociais. Tal controle exercido, sobretudo em relação às mulheres, é considerado “sem comparação com o que se vivera na Idade Média. Adestrar a mulher fazia parte do processo civilizatório, e, no Brasil, este adestramento fez-se a serviço do processo de colonização” (DEL PRIORE, 2009, p. 27).

O discurso médico e o religioso se entrelaçavam como forças de persuasão e constrangimento e desembocavam no controle e exaltação da maternidade.

Diferentemente do que ocorria na Europa, a igreja no Brasil de 1606 coibiu a construção de mosteiros de freiras, evitando assim que as mulheres se ocupassem de algo além de seu dever primeiro: povoar. Del Priore (2009) aponta para a confluência entre escravagismo feminino e as expectativas comportamentais que pesavam sobre as mulheres. O modelo de obediência e submissão da escrava servia de exemplo a ser seguido, dando o tom do lugar da mulher, qualquer mulher, perante os homens.

Paradoxalmente, a maternidade se apresentava como lugar de escape para o jugo social destinado assim à mulher. Se não um lugar de prestígio, pelo menos de dever cumprido e, à época, uma seara exclusivamente feminina, o que lhes outorgava certo poder na figura da mãe, mas também da comadre, da parteira, ama de leite. Del Priore (2009, p. 28) aponta ainda tal papel como “refúgio onde as mulheres se defenderam da exploração doméstica e sexual, do abandono e da solidão (...)”.

A autora ressalta o caráter de aproximação revelado na população feminina que, longe de ser homogênea, encontrava nas agruras e realizações da prole um texto comum: “condições de acolhimento ou recusa do recém-nascido, as relações do corpo com o cosmo e o tempo, o imaginário sobre o nascimento e a concepção” (DEL PRIORE, 2009, p. 25). Diferentemente da europeia, a mulher que vai sendo forjada no seio do que veio a se tornar a cultura brasileira não viveu as aspirações emancipatórias que Badinter (1985) descreve como parte do imaginário da mulher francesa, sua contemporânea. Aqui, a maternidade encontrou alguns pontos de ancoragem, descritos por Del Priore, semelhantemente à da mulher medieval e da camponesa.

3.8 O século XX e a psicanálise

O discurso psicanalítico não escapou das ideologias que colocam a mulher num lugar central no que tange à conservação das crianças. No caso da nova ciência inaugurada por Freud, trata-se da conservação psíquica e moral. A boa mãe aleita, zela pela criança mantendo-a junto de si e evita que esta se torne um psicótico ou, no mínimo, um infeliz. Se, por um lado, coube à psicologia e à psicanálise o mérito de definir os cuidados imprescindíveis para mínima garantia de saúde mental das crianças, por outro lhes cabe a crítica por reiterar a escolha da mulher como sujeito privilegiado dessa operação, sem questionar o quão contingencial pode ser tal escolha. Alvo privilegiado de um suposto saber sobre a função de semelhante para um bebê, o que leva à criação da expressão função materna, a mulher encontra na fala de alguns psicanalistas de meados do século XX um discurso herdeiro direto de Rousseau. Segundo Badinter (1985), ao citar Winnicott:

A saúde do adulto forma-se durante toda a infância, mas as funções dessa saúde, são as mães que as estabelecem durante as primeiras semanas e os primeiros meses da existência de seu filho... Alegrem-se de que tal importância lhes seja concedida. Alegrem-se de deixar a outros o cuidado de conduzir o mundo, enquanto põem no mundo um novo membro da sociedade... Alegrem-se com as preocupações que lhes traz o bebê, cujo choro e os gritos o impedem de aceitar o leite que desejam dispensar com generosidade. Alegrem-se com todos os tipos de sentimentos femininos que não podem sequer começar a explicar a um homem... Além disso, o prazer que podem obter desse trabalho que suja, que os cuidados com o bebê constituem, tem para ele uma importância vital (WINNICOTT, *L'enfant et sa famille*, Payot, p. 25, apud BADINTER, 1985, p. 312).

A aliança da mulher com a psicologia não deixa de ser paralela à proximidade da mulher com o médico de família. Assim temos que a psicologia e as mulheres se beneficiaram de um duplo vínculo para estabelecer lugares sociais de maior prestígio. Todavia, o que para as ciências pode ter sido uma vinculação frutífera, para as mulheres revelou um custo insuspeito. As más mães não podem prescindir dos conselhos do médico, do educador e do psicológico, as boas mães... também não! Por outro lado, o médico, o educador e o psicólogo podem prescindir das más mães e oferecem seus serviços, quando estas se mostram incapazes de exercer bem seu papel. A patologização e a normatização são as condições para que essa ascendência sobre a mulher se justifique, de forma que cada vez mais ela tem que corresponder a um suposto saber que lhe seria natural e que, quando não encontrado, justificaria a intervenção do profissional.

3.9 A medicina e a emancipação feminina na Pós-Modernidade

O poder sobre a fecundidade da mulher, almejado desde os primórdios, com a tecnologia passa a ser eficientemente exercido e cria condições para uma relação direta com o bebê em útero, verdadeira ingerência sobre o corpo feminino (BRENES, 1991). A barreira da ignorância e da falta de tecnologia foi ultrapassada e o seres humanos, sejam homens ou mulheres, pois o enigma da reprodução não é privilégio dos primeiros, não precisam mais se dar ao trabalho de tentar adivinhar o que se passa dentro do assombroso corpo feminino. Tem-se a pretensão de controlá-lo e de substituí-lo em suas funções de concepção e parição. Assim temos as fertilizações, as gestações ostensivamente monitoradas e medicamentadas, o parto como evento cirúrgico e as UTIN que dão conta de remediar os estragos das intervenções desnecessárias. Estamos distantes da ideia de que essas intervenções são justificáveis para tantos casos quantos são utilizadas, pois trata-se de rotinas disseminadas, protocolos de uso indiscriminado, a serviço de uma aquisição cada vez maior de tecnologias, que por sua vez geram mais iatrogenias que requerem mais intervenções. Com isso, temos avanços tecnológicos que se sucedem e cuja lógica não difere muito do dito popular: criar dificuldades para vender facilidades.

A medicina se apresenta aqui como exemplo paradigmático de como a contemporaneidade lida com a questão do corpo feminino, e as atuais aspirações daquela nos revelam muito dessa questão. Elevado à categoria de dispositivo por Foucault (1988), o biopoder se apresenta especialmente visível no campo do saber reprodutivo.

Assim, a medicina, que como ciência iluminaria as mentalidades opondo-se à caça às bruxas, às ideias de corpo feminino pecaminoso e misterioso e que livraria a mulher do controle exercido pelo homem, ao restituir-lhe a autonomia de sua fecundidade, acaba por criar, ela mesma, novo paradigma de imperfeição do sexo frágil. Não mais da incapacidade moral inerentemente feminina, da mulher pecaminosa que deve ser controlada em sua sexualidade diabólica, mas da mulher cujo corpo precisa ser corrigido ao ser comparado com a biotecnologia. Supõe-se, assim, que esta seja capaz de criar seres perfeitos, detectando e eliminando os suspeitos de anomalias (confirmadas ou supostas), ou tratando-os desde o útero (visto como matriz insatisfatória substituível pela UTIN). Inauguram-se os tempos nos quais se aspira à realização da ectogênese (ATLAN, 2006), com o intuito de prescindir definitivamente da mulher na geração de filhos.

A liberação feminina que vem se desenvolvendo ao longo de séculos recentes, encontra nas últimas décadas um salto inédito. Mas o paradoxo é que o controle de todas as etapas do processo reprodutivo, que poderia servir aos interesses da emancipação feminina, é introduzido a partir da ideia de imperfeição, de patologização do corpo feminino. O problema está na forma ideológica como são usadas as tais tecnologias, menos a serviço da emancipação social do que da dependência à biotecnologia e do consumo. Por outro lado, a suposição de saber natural maternal, que busca ignorar ser ele fruto de observação e da aprendizagem nas culturas¹², desde a mais tenra infância, coloca a mulher numa dupla impossibilidade: a de aprender o que não sabe e a de exercer o que não aprendeu. Quanto ao que ela sabe, costuma ser desautorizada; quanto ao que ela não sabe mais, é acusada de ter que saber.

A palavra de ordem contemporânea incide especificamente, desde o início dos anos 1970 e dos movimentos feministas, sobre o direito de poder gozar de seu corpo: “meu corpo pertence a mim”. Assim, nos anos 1970, o corpo foi investido como direito das minorias, ao mesmo tempo em que o desejo de libertação dos corpos foi transformado em causa a ser defendida (DOUCET et al., 2008, p. 145, grifo no original).

Convivem expectativas de um saber natural e espontâneo sobre os cuidados com o bebê, algo de uma mãe que saberia naturalmente atender as demandas deste, com uma inexplicável perda da capacidade de conceber, gestar, parir e aleitar. Não há aqui qualquer juízo de valor quanto às escolhas femininas no âmbito da tecnologia médica: conceber, gestar, parir e aleitar não criam uma mãe, e tais atividades podem ser realizadas por uma mulher, enquanto que a função de semelhante o pode ser por outro sujeito, ou ainda, a mulher pode declinar de todo esse processo ou demandar ajuda médica, por seu suposto conforto, e ainda exercer ela mesma a função materna. Nossa questão recai sobre a forma ideológica com que essas supostas escolhas ocorrem, segundo uma tradição. Nesta, a mulher tem que lidar simultaneamente com as seguintes frentes: corresponder a idealizações da maternidade ainda vigentes, como há duzentos anos, e que supõem haver na mulher um saber atávico sobre o maternal, assumir novos papéis sociais antes inimagináveis, inconciliáveis à exigência anterior e ignorantes do processo de transmissão social do saber relativo aos cuidados com os

¹²Sobretudo nas culturas estáveis, nas quais se costuma supor existir a mãe natural, num flagrante etnocentrismo. É nelas que encontraremos a aprendizagem mais precoce das meninas do papel maternal. O livre acesso para assistir um trabalho de parto, o aleitamento permanentemente à vista e a incumbência das crianças pequenas de carregarem bebês são fundamentais para essa aprendizagem e dão-nos a falsa impressão de que essas meninas, ao chegar à idade adulta, sempre souberam cuidar de seus recém-nascidos, dada tamanha facilidade com que o fazem.

bebês e posicionar-se diante do onipresente biopoder, que encontra no ciclo nascimento-morte seu locus privilegiado de atuação, desautorizando a mulher a lidar com o próprio corpo.

3.10 Sua majestade o bebê

Se pensar o status da mulher historicamente nos remete, na maior parte do tempo, ao seu papel como reprodutora, fica claro que ele se transforma na relação direta com o lugar, o status do bebê. São vários e bem conhecidos os estudos que documentam a profunda mudança de mentalidades associadas ao bebê, alguns anteriormente citados. Dos cuidados ostensivos necessários à sua sobrevivência, nas culturas estáveis que também praticam infanticídio e aborto como forma de controle populacional, ao investimento no aleitamento, presente na Idade Média, passando pelos séculos XVII e XVIII, de negligência infanticida, e desembocando na *sua majestade o bebê*, situação que impera em nossos dias, o valor atribuído a este sofre dramáticas transformações. Longe de ser uma unanimidade, o *infans* conheceu dias de ostracismo e maus tratos, tolerados socialmente, que fazem hoje em dia qualquer historiador capitular. Para falar dessas transformações do lugar do bebê, Badinter esclarece:

É no último terço do século XVIII que se opera uma espécie de revolução das mentalidades. A imagem da mãe, de seu papel e de sua importância, modifica-se radicalmente, ainda que, na prática, os comportamentos tardassem a se alterar.

Após 1760, abundam as publicações que recomendam às mães cuidar pessoalmente dos filhos e lhes “ordenam” amamentá-los. Elas impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho (BADINTER, 1985, p. 145, grifo no original).

O que pode hoje em dia nos parecer um dado sempre presente é cronologicamente datado. Badinter continua:

No fim do século XVIII, o amor materno parece um conceito novo. Não se ignora que este sentimento sempre existiu em todos os tempos, se não todo o tempo e em toda a parte. (...) Mas o que é *NOVO*, em relação aos dois séculos precedentes, é a exaltação do amor materno como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. Alguns, mais cínicos verão nele, a longo prazo, um valor mercantil.

Igualmente nova é associação de duas palavras, “amor” e “materno”, que significa não só a promoção do sentimento, como também a da mulher enquanto mãe. Deslocando-se insensivelmente da autoridade para o amor, o foco ideológico

ilumina cada vez mais a mãe, em detrimento do pai, que entrará progressivamente na obscuridade (BADINTER, 1985, p. 145-146, grifo no original).

Bebês passam de seres cuidadosamente conservados, ao servir como preservação de sociedades estáveis que vivem em permanente risco de extinção, a estorvos sociais, quando seu contingente ameaça a estabilidade de sociedades civilizadas.

Do lado das mulheres, a quem historicamente sempre coube o cuidado com os bebês, a importância atribuída por elas a eles relaciona-se diretamente com o valor social do papel maternal. Não basta apregoar a óbvia necessidade de se cuidar dos bebês que morriam aos montes, fato que só se tornou suficientemente relevante a partir da perspectiva econômica; há que se oferecer algo à mulher para compensar a falta de liberdade e o estorvo pelo excessivo trabalho que seus cuidados permanentes demandam. Se desempenhar bem o papel de mãe zelosa traz algum tipo de reconhecimento e lugar de pertencimento social, os bebês podem se tornar surpreendentemente preciosos. Se, por um lado, há relação entre o valor socialmente atribuído aos bebês e o valor socialmente atribuído às mães, decorrente do primeiro, por outro lado, o amor materno se revela tão contingencial quanto é erroneamente tomado como natural.

3.11 A boa mãe da psicanálise

Algumas falas em psicanálise por vezes se confundem com a própria ideologia da boa mãe, devotada e natural, reinante desde meados do século XVII no imaginário moderno. Apesar do cuidado de Winnicott, ao inserir em seus textos várias ressalvas objetivando alertar para o permanente risco de idealização da maternidade e de suposição de recurso natural, a banalização de suas ideias não deixa de ser problemática. De forma sintomática, o termo *mãe suficientemente boa* reaparece exaustivamente sem que suas condições de surgimento sejam igualmente consideradas. Num texto exemplar, Winnicott (1994) nos alerta para a diferença entre o aprender e o saber, com o intuito de chamar a atenção sobre o tratamento desautorizante que os especialistas têm dado às mães de bebês.

A tarefa mais difícil, quando se prepara uma série de palestras e livros sobre assistência aos bebês é saber como evitar perturbar aquilo que se *desenvolve naturalmente* nas mães, ao mesmo tempo em que as informamos com exatidão sobre os conhecimentos úteis resultantes da pesquisa científica (WINNICOTT, 1994, p. 14, grifo nosso).

Concordamos que o profissional tende a ser uma figura que desautoriza as mães, como anteriormente exposto; por vezes, intromete-se de forma desastrosa e mesmo violenta nessa relação ainda insipiente e, nesse sentido, nos alinhamos à crítica do autor. No entanto, o que parece passar despercebido na afirmação acima é que o conhecimento dessa mulher não está dado pela natureza, é fruto de aprendizagem. Não da aprendizagem formal que o especialista oferece à mãe ao *ensinar-lhe* a segurar o bebê, por exemplo, mas das experiências sociais, que o sujeito vai vivendo ao longo de toda sua vida. Tais experiências partem de uma concepção cultural antecedente à mulher sobre o que é um bebê e o que é uma mãe, partem do bebê que ela mesma foi um dia, das experiências nas quais pôde conviver com bebês e observar os cuidados que lhe eram reservados e, por fim, da necessidade de construir uma identidade própria diante desses diferentes marcos identificatórios, sejam conscientes ou não. Desse modo, o que serve para uma geração pode/deve ser descartado pela seguinte ou pode/deve ser regamente mantido, ou ainda negociado caso a caso. O sujeito não prescinde de marcos identificatórios pelos quais possa se guiar, mesmo que seja para num segundo momento livrar-se deles. Dessa aprendizagem os sujeitos não podem se furtar e, embora Winnicott nos alertasse sobre as experiências da mãe como bebê e sobre a construção identificatória do papel de mãe, talvez não pudesse antever a inconsistência do estatuto do bebê, com o desenvolvimento das biotecnologias, bem como a desautorização generalizada, que vai muito além da relação pontual entre especialista-mãe, para a qual ele nos alertava.

Aquilo mesmo que Winnicott tenta mostrar na relação pontual entre especialista e paciente nos soa quase ingênuo, embora ainda relevante, uma vez que hoje ultrapassa em muito o sujeito do médico e do paciente, como nos diz Clavreul (1983), e se estabelece de antemão no eixo discurso médico-doença.

3.12 Parto *versus* nascimento

Nascimento diz respeito à experiência dos bebês, e parto diz respeito à experiência das mulheres. Vejamos como esses dois temas têm sido abordados na pesquisa psicanalítica.

Desde Otto Rank (1924), o nascimento é um tema importante para os psicanalistas, chegando a gerar polêmica quanto ao fato de Rank tê-lo considerado o trauma central do ser humano, a partir do qual todos os outros traumas se organizariam. Winnicott também deu sua contribuição ao tema do nascimento, e seus escritos têm sido largamente utilizados por

pediatras e psicanalistas em defesa dos bebês, em algumas frentes: em termos metapsicológicos, na busca pelo esclarecimento da constituição do psiquismo, na prevenção dos distúrbios globais do desenvolvimento, mas também denunciando os maus tratos a que estão submetidos os bebês. Já o tema do parto, que diria respeito diretamente à mulher, foi levantado desde a primeira contribuição feminina aos seminários de quartas-feiras de Freud. É Hilferding ([1911], 1991) que nos brinda com esse estudo inovador, que teve sucessores (DEUTSCH, ([1925], 1951); LANGER, 1981; SOIFER, 1980; SZEJER, 1999b, 1997, entre outros), embora a pioneira não costume ser citada. Não podemos deixar de notar como o tema tem sido trazido historicamente por mulheres. Seus trabalhos são predominantemente voltados para as questões edípicas femininas, focando-se na subjetividade da mulher, com pouca consideração sobre os temas sociais. As questões sobre a violência contra a mulher no âmbito da parturição não encontra grande repercussão no meio psicanalítico, se comparadas aos estudos provenientes da obstetrícia, da enfermagem obstétrica, que têm se dedicado ao tema da saúde pública e dos estudos feministas. É interessante observar como tais estudos por vezes fazem uso da psicologia, embora o inverso, ou seja, o interesse pelos temas obstétricos por parte da psicanálise encontre-se bem reduzido. Seria apenas uma questão de campo a ser explorado, se não ponderássemos sobre as duas informações juntas: que o tema do nascimento do bebê não caminhe, lado a lado, com o tema do parto da mulher, quando se pensa nas mudanças das condições de violência presente nessa cena. Melhor dito, que os cuidados com o bebês possam ser pensados para fora do âmbito dos cuidados com a mãe. E ainda, que as possíveis consequências sobre o bebê sirvam de justificativa para as mudanças de procedimento junto às mães. Estaríamos, como psicanalistas, respondendo às demandas dos bebês (totalmente justificáveis), ao mesmo tempo em que esquecemos de forma significativa as demandas das mulheres? E se o fazemos, estaríamos reproduzindo o discurso médico, que coloca a mulher em segundo plano, quando se trata dos bebês?

Se a psicanálise se coloca do lado da escuta do sujeito, por seu turno não deixa de ignorar ela mesma, de forma curiosa¹³, as condições aviltantes a que estão sendo submetidas na atualidade as mulheres em trabalho de parto, como se o assunto não nos dissesse respeito. Estudos sobre o tema têm sido encampados por médicos, enfermeiros, antropólogos, sociólogos, (AYRES, 2001, 2004; SÁ, 2001; WALDOW, 2004, 2006; WOLFF, 2004), e surgem, mais recentemente, psicólogos ligados à área da Saúde Pública (SILVA, 2004). Pode parecer uma questão circunstancial relativa ao fato de que o parto se dá, afinal, dentro da

¹³Sobre o tema ver: IACONELLI, V. Maternidade e erotismo na modernidade: assepsia do impensável na cena do parto. *Revista Percurso*, São Paulo, n. 34, p. 77-84, 1º sem 2005.

instituição hospitalar, à qual o psicanalista não tem acesso. No entanto, isso não impediu que fossem produzidos estudos psicanalíticos sobre bebês (SZEJER, 1997, 1999a, 1999b; MATHELIN, 1999), verdadeiros *best sellers*. Entre o parto, que diz respeito à mulher, e o nascimento (começando por RANK, 1924), que diz respeito ao bebê, a balança da produção psicanalítica tem pesado para o lado do último.

Se a psicanálise nos dias de hoje se debruça sobre a díade mãe/bebê de forma tão contundente, como nunca o fez até então, como pode prescindir de voltar-se, como condição mesmo de entendimento de seu pretenso objeto de estudo, à pergunta *de onde vêm os bebês* da contemporaneidade? Pois muito frequentemente vêm de experiências de violência não reconhecida, pela banalidade com que elas ocorrem (sabemos o efeito traumático do não reconhecimento de uma violência)¹⁴, vêm de experiências de desautorização que afetam o protagonismo dos pais e os marcam de forma indelével, confirmando sua incapacidade de cuidar de um bebê, sem ajuda do profissional. Essas experiências ocorrem de forma pontual, com cada sujeito em cenas específicas de violência e/ou de negligência, mas também de forma generalizada, a partir de um certo olhar sobre o lugar desses pais.

As pesquisas sobre a constituição do psiquismo têm trazido um importante avanço para a compreensão dos primórdios do sujeito. Como nos situam Aragão e Zornig ao citar Golse:

Como indica Golse (2002), na segunda metade do século XX ocorreu uma grande modificação no campo psicanalítico, como a mudança do foco de uma clínica referida aos conteúdos psíquicos e aos conflitos intrapsíquicos para uma clínica do continente, relacionada ao sofrimento da criança e priorizando o estudo do psiquismo em seus estado nascente e não mais como uma estrutura estabelecida (GOLSE, 2002, apud ARAGÃO; ZORNIG, 2010, p. 34).

Segundo Golse (2002, apud ARAGÃO; ZORNIG, 2010), essas mudanças estariam ligadas a três fatores: os efeitos da Segunda Guerra Mundial sobre a infância, a contribuição de Spitz (1965) sobre a importância dos cuidados primordiais e a descrição do autismo precoce realizada por L. Kanner.

A partir desses acontecimentos “a psicopatologia da primeira infância tornou-se por ela mesma um objeto de observação e reflexão” (ARAGÃO; ZORNIG, 2010, p. 35). Tais estudos têm se revelado de extrema importância no que se refere à proteção daqueles que não podem falar em nome próprio para além da construção do sintoma e, por vezes, perecendo diante da impossibilidade de se defender.

¹⁴Indicamos: UCHITEL, M. *Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Como vimos no caso de Carla, o bebê se viu, num primeiro momento, à mercê da impossibilidade da parturiente de reconhecê-lo como semelhante, posto que a perinatalidade não lhe deu (e, de fato, não dá a nenhuma gestação) qualquer garantia desse reconhecimento. Mas tal acontecimento, por sua vez, decorre de um abandono anterior da jovem, ela mesma em condição de irreconhecimento como sujeito. Nesse ponto, a ideia mesma de *holding* se mostra oportuna, quando pensamos sobre qual *sustentação* pode ser dada ao sujeito para que ele venha a *sustentar* o bebê, sem que nos deixemos seduzir, como psicanalistas, pela tentação de *segurar o bebê de outrem*. Perigo que não parece passar despercebido ao autor, quando denuncia o risco da idealização dos bebês: “É preciso, então, não idealizar os bebês nem fazer deles a assim chamada derradeira de nossas utopias, o que seria fardo pesado demais para ser carregado por eles e que enfim, em última instância, poderia se voltar contra eles” (GOLSE, 2010, p. 17).

Por mais que estudemos as competências dos bebês e reconheçamos com assombro seus recursos intrauterinos (ADAMS, 1987; BOYSSON-BARDIES, 1996; SOULÉ; CYRULNIK, 1999; KLAUS; KLAUS, 1989, CURELLE-CRESPIN, 2004; DEBRAY, 1988) desde os primórdios, nada disso poderá responder à questão do estatuto do bebê, questão essa que só pode ser respondida a partir da cultura. Caso contrário, justificamos pela biologia o que é da ordem da convenção social, dando à primeira uma prerrogativa de verdade absoluta e não de criação, ela mesma, dos sujeitos sociais. Não há saber, seja biológico ou psicológico, que vá emergir antes da linguagem e que esteja, portanto, acima do humano. Só no âmbito da religião, que aqui não nos diz respeito, sustenta-se o contrário, que haveria um saber absoluto, uma verdade última. Portanto, sobre o lugar de sujeito atribuído aos bebês não há nada que a ciência possa definir que não passe de antemão por uma certa ideologia.

Além disso, outra questão que se coloca diz respeito ao fato de o bebê ocupar o corpo da mulher. Esquecer que o feto ainda é gerado dentro do corpo de um sujeito, no caso da mulher, que supomos como inviolável, e atribuir-lhe direitos que se sobreporiam ao dela, parece-nos um óbvio retrocesso no campo das conquistas femininas, uma marca da misoginia. Em alguns momentos, identificamos uma abordagem que parece buscar salvaguardar o feto, para além da gestante. Golse, na sequência do texto acima citado, ao falar de algumas: “problemáticas que se inserem no campo da psiquiatria perinatal” elenca: “1. *Os maus tratos ao feto, vistos pelo ângulo da questão das violências contra as mulheres gestantes*” (GOLSE, 2010, p. 23, grifo nosso).

Não nos parece plausível pensar em maus tratos ao feto como tema separável ou priorizável na questão da violência contra as gestantes. Se formos pensar tal violência, talvez

devêssemos começar pela mais corriqueira de todas, a violência obstétrica (AGUIAR, 2010; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). Mas pouco a psicanálise tem se manifestado a esse respeito, sendo o tema encampado pela psicologia, pela obstetrícia, enfermagem e saúde pública, áreas nas quais, por vezes, são utilizados referenciais psicanalíticos (ZVEITER; PROGIANTI; VARGENS, 2005). Quando encontramos textos de psicanálise, estes pouco ou nada se referem à violência a que estão submetidas as parturientes e, se o fazem a partir dos direitos do bebê, revelam o lugar a que podem estar relegando as mulheres, a saber, o lugar de corpos que produzem bebês.

4 DOS DISCURSOS SOBRE OS CORPOS

A questão do corpo é fundamental quando se pensa a clínica da perinatalidade, na qual os efeitos sobre o sujeito, da experiência da gestação, do parto e puerpério devem ser contemplados. Dizer que a gestação não cria uma mãe não implica dizer que tal experiência lhe seria indiferente. Longe disso! Mas encontrar o justo lugar da experiência corporal na maternidade é uma tarefa que impõe a formulação de uma primeira questão: de que corpo se trataria afinal? Descrito pela medicina, entendido pela história, delimitado pela psicanálise, defendido pela ecologia? Diante de diferentes discursos do saber sobre o corpo, optamos por apresentar um breve percurso histórico (4.2. Invenção do corpo), no qual se revela o crescente interesse do homem moderno por desvendar seus mistérios e dominar o corpo, com acuidade cada vez maior. Como efeito dessa mudança de olhar do homem sobre seu corpo, mas também como seu catalisador, o discurso médico, que abordaremos em seguida (4.3. O corpo no discurso médico), passa a monopolizar esse saber que alça o corpo à categoria de máquina a ser corrigida e controlada. Postura autoritária que não tarda a provocar respostas de repúdio na pretensão de um *retorno à natureza*, em consonância com o discurso ecológico (4.4. Corpo ecológico), com suas contradições e efeitos sobre a perinatalidade. Por fim, trataremos da especificidade da contribuição freudiana, que cunha o termo corpo erógeno (4.5. Corpo da psicanálise; 4.5.1 Corpo erógeno) para descrever o corpo do qual emerge um sujeito e não apenas um ser vivo e que, por sua vez, deverá ser capaz de reproduzir sujeitos e não apenas filhotes humanos. Dessa forma, pretendemos discutir as condições (ou deveríamos dizer, os obstáculos?) que a sociedade fornece aos pais, na contemporaneidade, para que exerçam a função parental. Iniciaremos com uma discussão a respeito do suposto saber feminino sobre a maternidade para esclarecer como a clínica nos tem revelado a base de seu equívoco.

4.1 Um saber natural sobre maternidade?

A se basear numa perspectiva estritamente biologizante, como a medicina parece propor, a reprodução da espécie humana não seria mais do que a doação do sêmen do homem e do óvulo da mulher; havendo concepção, a mulher carrega o bebê de ambos em seu corpo, até que este esteja pronto para dele sair, e produz o leite que alimenta o recém-nascido.

Embora o arranjo da natureza permaneça o mesmo para toda a espécie, dessas diferenças biológicas entre os gêneros decorreram enormes desdobramentos sociais e econômicos. Gestar, parir e aleitar obriga(ram) a mulher ao confinamento e à dependência de ajuda. Para além desse início da reprodução, para a qual a mulher *ainda* é insubstituível, sua figura permaneceu associada aos cuidados da prole nos anos subsequentes aos do desenvolvimento infantil, em todas as comunidades humanas de que se tem notícia. Essa especialização promoveu a construção de um saber que foi sendo passado de mulher para mulher, de geração em geração. Embora encontremos grandes diferenças de uma cultura para outra quanto às práticas de cuidados, o costume de privilegiar a mulher no trato com filhos tem sido unânime na história da humanidade.

Os recursos da espécie para o estabelecimento de vínculo são alvo de muitos estudos (BOWLBY, 1984, 1990; GUERRA, 2003; BUSSAB, 1998; BLANC, 1994), mas a transmissão de um saber cultural subliminar pode fazer supor que o arsenal feminino para cuidar de um bebê diga respeito a algo preferencialmente feminino, entendido como naturalmente feminino. Nesse caso, o pai ou outros seriam apenas um arremedo da mãe. O dito popular “um bom pai é quase uma mãe” ilustra essa lógica.

É fácil constatar, mesmo supondo que as mulheres tenham recursos herdados da espécie, que não há consenso entre diferentes grupamentos humanos sobre a forma de se lidar com a gestação, com o parto e o puerpério. A atualização do potencial filogenético se dá pela experiência, que por sua vez, entre humanos, se dá por meio da linguagem, dos significados, dos sentidos atribuídos.

Há evidências que as características típicas de um rosto de bebê, como o formato arredondado, olhos amendoados, testa abobadada, nariz menor, bochechas arredondadas e queixo recuado, sirvam de sinais poderosos para provocar sentimentos ternos e protetores dos adultos. (...), dito de outra forma, foi o meio que a natureza humana encontrou para garantir que os progenitores permanecessem próximos aos filhotes, atraídos por uma força irresistível de cuidá-los e mantê-los saudáveis e seguros, sempre que solicitados. Essa interação particularizada entre mãe-filhote parece ter dado origem às primeiras interações “afetivas” entre os organismos. Foi, também, essa fragilidade neonatal que permitiu aos mamíferos humanos formar laços particularizados de afeto (NUNES; FERNANDES; VIEIRA, 2007, p. 165, grifo no original).

No documentário *Bebés du Monde* (2000) vemos um parto numa aldeia nepalesa, cujos hábitos seculares têm sido preservados. Nessa incrível cena, alguns aspectos nos chamam mais atenção, entre outros a grotesca falta de higiene, o que nos remete aos avanços

da medicina na diminuição da mortalidade materno-infantil¹⁵, a serenidade da parturiente em pleno período expulsivo do parto, o que é surpreendente se comparado ao imaginário da mulher contemporânea, assombrada pela ideia da dor de parir e a presença de uma menina de aproximadamente quatro anos, que assiste a tudo de forma curiosa e divertida, junto à parteira. Presenciar um parto e se haver com recém-nascidos desde tão tenra idade é uma experiência que diferenciará muito essa criança da criança ocidental.

A facilidade que a mulher demonstra, ao lidar com a tarefa maternal, decorre de uma aprendizagem subliminar a que os membros dessa cultura são expostos desde a infância, mas pode nos dar a falsa impressão, quando vista de fora, de que se trata de uma mãe natural, em contrapartida à mãe *desnaturada* ocidental. Assim, a capacidade de mulheres de algumas tribos africanas de manter seu bebê limpo, sem o uso de fraldas por horas a fio, enquanto esperam atendimento na fila do posto de saúde (capacidade essa que decorre de sua acurada percepção dos movimentos peristálticos do bebê, sempre nu em contato direto com o corpo da mãe) pode soar um tanto mística aos olhos da mãe ocidental (PEARCE, 1982, p. 75). As competências inatas dos humanos e seus filhotes (ODENT, 2002; MONTAGU, 1988; GUEDENEY, 1999) se retroalimentam da aprendizagem e não são suficientes para constituir uma mãe. Levar em consideração esses estudos da etologia e da psicologia nos ajuda a compreender a questão da construção da parentalidade, mas superestimá-los obtura a apreensão do sujeito que exerce esse papel.

O comportamento sexual, por exemplo, condição necessária para a sobrevivência da espécie, entre primatas não prescinde de aprendizagem.¹⁶ Algo da observação e da transmissão, promovida pelo contato social, transforma o recurso biológico potencial em recurso atualizado.

O confinamento para gestar e parir, a exclusividade no aleitamento e a dependência dos outros para poder sobreviver, enquanto cuida dos filhos, são condições que têm sido drasticamente modificadas em pouquíssimo tempo. A mulher, na atualidade, encontra-se comumente privada da experiência de cuidar de bebês e, por vezes, vive com seu filho o primeiro contato direto com um bebê. Situação impensável até pouquíssimos anos, vem sendo uma constante em grandes centros urbanos.

¹⁵Vale ressaltar que, se por um lado os enormes avanços da medicina mudaram drasticamente as mortes decorrentes da falta de higiene e antibióticos, por outro têm suas mazelas em função das iatrogenias hospitalares.

¹⁶Referimo-nos a experiências nas quais filhotes de macacos privados do contato com outros macacos acabam por se tornar inaptos ao cortejo sexual ou aos cuidados maternos ao chegarem à idade adulta (MORRIS, 1967, p. 122).

É à medida que o grupo social vai perdendo sua transmissão de hábitos e conhecimento, que a falta de um suposto saber materno advindo da natureza torna-se mais visível. A transmissão geracional se perde, revelando a fragilidade da ideia de instinto materno autônomo. A história testemunha a precariedade dessa ideia diante das questões socioambientais.

O especialista em gestação, em parto, em aleitamento e em puericultura vem suprir aquilo que a cultura perdeu em termos de transmissão geracional, o que poderia ser considerado uma grande conquista, afinal as mulheres estão cada vez mais libertas de tarefas que antes lhes eram impostas e mais aptas a desempenhar novos papéis sociais. Porém, esse suprimento se torna preocupante à medida que a entrada do especialista se faz pela suposição de que as mulheres são incapazes ou estão doentes.

Temos posturas diferentes aí: por um lado, supor que esse conhecimento é puramente natural, inato e que, portanto, sua falta é da ordem de um desvio patológico de cada mulher ou dos desvios da contemporaneidade (o que acaba por desembocar numa resposta nostálgica, de busca de um retorno ao passado, na crença de que a cultura pode voltar a funcionar nos moldes das culturas estáveis) é negar que as mulheres têm feito escolhas importantes no âmbito social e que as aspirações femininas se diversificaram. Os recursos da espécie são superestimados, e sua ausência decorreria da exceção à regra da natureza, exceção individual e/ou cultural, de patologias pontuais. Do outro lado, o corpo feminino é visto como deficitário, insatisfatório e deverá ser corrigido pela medicina (LE BRETON, 2003, p. 78-79). Nessa perspectiva, só o futuro das biotecnologias poderia salvar as mulheres de si mesmas (CLAVREUL, 1983), pois se trata de uma patologia estrutural, inerente ao corpo humano. Nesse caso, é de treino e de especialistas (médicos, enfermeiras, psicólogos...) que as mães e futuras mães precisariam para melhorar seu desempenho e criar filhos melhores, desde a concepção.

Ao criticar essa segunda postura, que impõe a onipresença do especialista e justifica as intervenções da biotecnologia na relação mãe/bebê, Winnicott (1994) não escapa de cair no primeiro raciocínio, quando afirma que basta à mãe ser deixada com seu bebê para que *algo de espontâneo advenha naturalmente*, por identificação com ele, bastando que o especialista não atrapalhe:

(...) o cientista, se assim o desejar, pode olhar com admiração para o conhecimento intuitivo da mãe, que a torna capaz de cuidar de seu bebê independentemente de qualquer aprendizado. Na verdade, eu diria que a riqueza essencial deste conhecimento intuitivo é o fato de ele ~~ser~~ natural e não conspurcado pelo aprendizado (WINNICOTT, 1994, p. 14, grifo no original).

Nossa posição é a de que essa leitura esbarra numa visão um tanto ingênua das capacidades de uma mãe e de como elas se constituíam. Vivemos um momento inédito, muito diferente de momentos históricos anteriores, mesmo em relação às importantes contribuições de Winnicott na área da perinatalidade. Hoje os bebês tornam-se preciosos, almejados, investidos, estudados mas também, como veremos a seguir, não escapam da lógica paradoxal que encerra a relação do homem moderno com o corpo: idealizados, *anatomizados* e comercializados (LE BRETON, 2011, p. 43-96). O corpo do bebê, assim como o da mãe, é alvo de grandes investimentos afetivos e financeiros bem como de violações inéditas.

Citaremos o percurso histórico-antropológico que dá sentido ao que chamamos de corpo na atualidade para iluminar de que cenário emergem as gestantes e seus bebês na contemporaneidade.

4.2 A invenção do corpo

Le Breton, em seu trabalho intitulado *Antropologia do corpo e modernidade* (2011), realiza um interessante estudo sobre a construção da ideia de corpo. O autor parte do reconhecimento de que

As representações do corpo e os saberes que as alcançam são tributários de um estado social, de uma visão de mundo, e, no interior desta última, de uma definição de pessoa. O corpo é uma construção simbólica, não uma realidade em si. Onde a miríade de representações que procuram conferir-lhe um sentido e seu caráter heteróclito, insólito, contraditório, de uma sociedade a outra (LE BRETON, 2011, p. 18).

Ao leitor do trabalho de Le Breton, imerso que está na noção moderna de corpo, cabe a difícil tarefa de imaginar como (re)ver o corpo de forma *holística*¹⁷, como a cultura pré-moderna veria. A título de ilustração:

Nas sociedades rurais africanas, a pessoa não está limitada pelos contornos de seu corpo, fechada em si. Sua pele, e a espessura de sua carne não delineiam a fronteira de sua individualidade. O que entendemos por pessoa é concebido nas sociedades africanas de uma forma complexa, plural. A oposição essencial reside na estrutura holística destas sociedades, nas quais o homem não é indivíduo (isto é, indivisível e distinto), mas nó de relações. O homem é fundido em uma comunidade de destino, em que o seu relevo pessoal não é índice de uma individualidade, mas uma diferença

¹⁷Segundo Le Breton, em nota de rodapé: “Adotamos aqui a definição de holismo (...) fornecida por Louis Dumont: ‘Uma ideologia que valoriza a totalidade social e negligencia ou subordina o indivíduo humano’” (DUMONT, 1983, apud LE BRETON, 2011, p. 44).

favorável às complementaridades necessárias à vida coletiva, um motivo singular na harmonia diferencial do grupo (LE BRETON, 2011, p. 36).

A ideia de corpo como sede da pessoa implica a própria construção da ideia de pessoa. O surgimento do indivíduo separado, único, exilado, vai se construindo no decorrer do Renascimento, a partir de um mundo que se mostra cada vez maior e certamente maior do que a pátria de cada um. O homem se exila e migra, e desse desenraizamento individual algo de um sentimento de si, separado da comunidade de origem, emerge.

Os sentidos passam a merecer diferentes reconhecimentos e, segundo Le Breton, a *boca grotesca e escancarada* do homem medievo vai dando cada vez mais lugar à visão, sentido no qual o contato com o outro se estabelece à distância. O rosto passa a identificar o sujeito, e a história da pintura ilustra bem a supervalorização desse ângulo de distinção do indivíduo.

A preocupação com o retrato e, portanto, essencialmente com o rosto, tomará uma importância crescente ao longo dos séculos (a fotografia substituindo a pintura: assim a quantidade de documentos de identidade, cada qual adornado por uma foto, dos quais dispomos hoje. A individuação do corpo aqui se afinando pela individuação pelo rosto) (LE BRETON, 2011, p. 66).

Mas a noção de corpo, conforme a entendemos hoje, vem sendo construída a partir de uma representação paradoxal: corpo como suporte do indivíduo e corpo como dissociado do homem. O corpo se destaca da natureza para representar o indivíduo mas, em outro nível, se destaca do próprio homem, que tem a máquina como seu modelo privilegiado, com a qual o corpo passa a ser comparado (LE BRETON, 2011, p. 41,). Veremos como esse olhar paradoxal tem na perinatalidade um palco privilegiado de encenação, à medida que as mensagens de sobrevalorização do corpo deles e dos bebês e a avaliação pejorativa de seu *desempenho* corporal, endereçadas às mães e aos pais, revelam-se inconciliáveis. A máquina maravilhosa que é o corpo humano, capaz de gerar o maravilhoso bebê, é, antes de tudo, uma máquina precisando de constantes reparos e revisões!

Como nos diz Le Breton:

Nossas concepções atuais do corpo estão ligadas ao avanço do individualismo enquanto estrutura social, à emergência de um pensamento racional positivo e laico sobre a natureza, ao recuo progressivo das tradições populares locais, e ligadas ainda à história da medicina, que encarna em nossas sociedades um saber, de certa forma, oficial sobre o corpo (LE BRETON, 2011, p. 9).

A longa operação que vai do corpo vivido, num contínuo com a comunidade/natureza, ao corpo como lócus do indivíduo desemboca nos saberes atuais sobre o corpo, os quais, conforme citado acima, encontram-se intimamente ligados à ascensão do poder médico.

Ao descrever o lugar social do médico na Idade Média, Le Breton (2011) nos remete a uma imagem muito distante do lugar concedido a esse ofício na atualidade. Em suas palavras: “Como todo homem cujo *status* social põe regularmente em presença de um tabu, os cirurgiões são personagens perturbados, inquietantes, aos olhos de seus contemporâneos. O Concílio de Tours, em 1163, proibiu aos médicos monásticos fazer correr sangue” (LE BRETON, 2011, p. 58). Essa é uma percepção muito distante do poder que se atribui à medicina na contemporaneidade e que se traduz pela confiabilidade de um discurso de saber do qual a figura do médico se retroalimenta.

No trecho a seguir, Foucault fala da continuidade do controle sobre os corpos, que anteriormente era incumbência da Igreja e do Estado e que passa aos cuidados da medicina, nos moldes dos poderes que a antecedem (da moral e da política):

Continuidade (do controle) visível, mas que não impede uma transformação capital: a tecnologia do sexo, basicamente, vai se ordenar a partir deste momento, em torno da instituição médica, da exigência de normalidade e, ao invés da questão da morte e do castigo eterno, do problema da vida e da doença. A ‘carne’ é transferida para o organismo.

Esta mutação se situa na passagem do século XVIII para o século XIX; ela abriu caminho para muitas outras transformações que daí derivam (FOUCAULT, 1988, p. 128, grifo no original).

A ideia de corpo como unidade do sujeito, que emerge da mudança de paradigma inaugurada pela modernidade, traz como desdobramento paradoxal a ideia de corpo apartado do sujeito. Marca do individualismo, ele também é coisa comparável à máquina, comparação que lhe vale incansável crítica e intervenções em busca de cura e melhorias. Paradigma do sujeito e da dessubjetivação, o corpo da modernidade perde seu véu. Corpo da gestante que se revela em ultrassons, cirurgias intraútero e cesarianas, mas também corpo do bebê, que se expõe já na concepção, na manipulação de embriões e se dissocia do sujeito nas UTIN. Ali, onde o sujeito deveria constituir-se (constituição que depende de uma *ilusão antecipatória de sujeito* (LAZNIK, 1997) por parte do semelhante e que vem sendo historicamente atribuída à mãe), ele é recebido por olhares que, cada vez mais, interferem na ilusão que o antecipa.

“Trata-se, sobretudo, de uma forma particular de investimento libidinal, que permite aos pais uma ilusão antecipadora, onde eles percebem o real orgânico do bebê aureolado pelo que aí se representa, aí ele (o sujeito) poderá advir” (LAZNIK, 1997, p. 39).

Mas, se a ilusão antecipatória de sujeito é referida ao contexto cultural, que escolhe os bebês que devem ou não recebê-la (sempre haverá bebês bem vindos e bebês proscritos, haja vista os contraceptivos, abortos e infanticídios), trata-se mais de reconhecermos que, na contemporaneidade, não há consenso sobre o sentido da existência dos bebês. Em outro estudo importante, Le Breton discute o estatuto do bebê contemporâneo:

Identificar o momento em que o embrião adquire sua carga de humanidade escapa a qualquer critério científico e sugere, antes, uma metáfora metafísica, um juízo de valor, uma questão infinita com mil respostas. Segundo as legislações, o embrião é desigualmente protegido – o prazo para a interrupção voluntária da gravidez variando de 10 semanas na França a 28 no Reino Unido. O embrião oscila da qualidade de coisa indiferente à de pessoa em uma posição desconfortável, que deixa o pensamento insatisfeito nos dois casos (Fagot-Largeaut e Delaisi de Parseval 1989; Testart 1990; Caspar 1991; Folsheid 1992) (LE BRETON, 2003, p. 85).

Acrescentaríamos ainda que, além da falta de consenso entre as diferentes posições assumidas diante de assunto tão polêmico, sobre quando o corpo do embrião/feto/recém-nascido é reconhecido como de um sujeito social, cabe ressaltar as inúmeras situações nas quais, entre o pensamento proferido e o ato realizado, a inconsistência é escandalosa. Assim tínhamos, até bem pouco tempo, procedimentos abortivos de rotina (redução embrionária), realizados aberta e impunemente em clínicas de fertilização no Brasil, país em que o aborto é ilegal e clandestino, salvo pouquíssimas exceções. Foi necessária uma lei que normatizasse¹⁸ aquilo para o qual já existia lei, mas que levou tempo para ter reconhecimento¹⁹, embora a nomeação médica funcionasse como uma legislação suplementar. *Redução de embriões* é diferente de *aborto eletivo*, porque é nomeado no discurso médico por outro termo.

Esse corpo, cujo estatuto sempre varia em função de interesses que nem sempre lhe dizem respeito, em nossa cultura torna-se comercializável. “Quanto mais o corpo, considerado como virtualmente distinto do homem que ele encarna, perde seu valor moral, mais aumenta seu valor técnico e mercantil” (LE BRETON, 2011, p. 352). Como qualquer produto comercializável, o corpo humano obedece às leis de mercado, como nos aponta o autor:

Em numerosos países, de maneira oficial ou clandestina, para os Estados que decretaram a ilegalidade da venda de órgãos ou de sangue por doadores vivos, indivíduos indigentes oferecem parte de seu corpo (rim, olho, testículo, etc) a receptadores em troca de mantimentos que lhes permitam uma oportunidade de

¹⁸Resolução Normativa CFM nº 1.358/92: os projetos de lei que tramitam para discussão e possível aprovação têm diferenças consideráveis, inclusive no que tange ao destino dos embriões. São eles até agora: PL nº 54/02, de autoria do dep. Luiz Moreira; PL nº 2.855/97, de autoria do dep. Confúcio Moura; PL nº 90/99, de autoria do Sen. Lúcio Alcântara; PL substitutivo ao nº 90/99 (PL nº 1.184/03), de autoria do Sen. Roberto Requião

¹⁹Sobre o efeito potencialmente traumático da redução embrionária nos pais, não nos deteremos aqui. Apenas pontuamos que *a falta de reconhecimento* de que se atribui ao embrião o estatuto de pessoa, ao mesmo tempo em que se manipula o embrião como dejetos, pode ser um dos grandes disparadores desse efeito traumático.

alimentar sua família. (...) Em última instância, as camadas populares tornam-se os viveiros de órgãos (ou sangue) das camadas privilegiadas ou dos nacionais de países mais favorecidos. (LE BRETON, p 353-4, 2011).

Não é difícil reconhecer o lugar desprotegido em que se encontram os bebês nessa relação de apropriação mercadológica do corpo. Esta passa tanto pelo tráfico de bebês para fins de adoção, também na lógica do menos favorecido para o mais favorecido, quanto pelo tráfico de órgãos de bebês. Mas também, de forma pouco sutil, pela imposição de intervenções desnecessárias com o intuito de desenvolver biotecnologias.

O deslocamento da parição para o hospital também nos revela um lugar que o corpo ocupa no imaginário contemporâneo. O campo da medicina, responsável pela prevenção e cura das doenças do corpo, mostra-se detentor do saber sobre os cuidados com a maternidade, na atualidade. Ciclo fisiológico alçado à condição de patologia iminente, a perinatalidade é um exemplo paradigmático da medicalização da vida. Como nos descreve Vieira:

A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual este saber se ordena e se sistematiza com o nome de obstetrícia. Esta dará origem a outras disciplinas médicas que pretendem cuidar do corpo feminino, tal como a ginecologia e outras relativas à reprodução humana, como a embriologia, a genética, a contracepção. Será também a partir da obstetrícia que se irá promover a expansão da assistência médica à gravidez e ao parto, através de serviços e programas específicos (VIEIRA, 2002, p. 23).

A dupla mulher e bebê, assim como os loucos e os velhos, mostra-se alvo fácil para o exercício de um poder que tem como justificativa o argumento imbatível de que a finalidade é protegê-los do adoecimento e da morte. Como opor-se ao saber médico, quando ele promete saúde e longevidade e, em contrapartida, ameaça o paciente de ser culpado por não se cuidar e os pais de serem negligentes com seus bebês, por vezes nem nascidos ainda?

É nesse lugar que se faz a entrada da medicina. Para as dificuldades de conceber, de gestar, de parir, de cuidar e aleitar, a resposta médica é unívoca: correções de um corpo que se mostra imperfeito. Caso a resposta não se mostre satisfatória, cabe acionar a entrada do profissional da psicologia, em seu papel muitas vezes calcado no mesmo discurso patologizante.

Da busca por respostas tecnológicas a perguntas de naturezas diversas, por um lado, e de infundáveis ganhos financeiros na indústria da biotecnologia, por outro, emergem soluções até então só imagináveis na voz do romancista. Como metáfora da dessubjetivação, vemos no livro *Admirável Mundo Novo* de Huxley a introdução da ideia de ectogênese. Mas a ectogênese está na ordem do dia, e especialistas afirmam que sua consecução é apenas uma

questão de tempo (ATLAN, 2006; LE BRETON, 2003, CLAVREUL, 1983; CHATEL, 1995).

Vejam, então, de que forma o discurso da biotecnologia, como desdobramento da *invenção* moderna do corpo, se imiscui na forma contemporânea de lidar com a mulher e com o bebê, no âmbito da perinatalidade.

4.3 O corpo no discurso médico

A perinatalidade encontra-se sob o abrigo da *ordem médica*, por uma contingência histórica que alça o parto à condição de evento patológico. Se a ordem médica se estabelece como negação da subjetividade, como não considerar os efeitos desse discurso, com suas práticas e protocolos, sobre pais e bebês? (CLAVREUL, 1983).

Quando trabalhamos a clínica da relação mãe/bebê, precisamos levar em consideração o ruído, por vezes estrondoso, que a experiência perinatal pode causar nessa relação, pelo simples fato de que os pais emergem de uma situação de desautorização de seu saber como sujeito e de alienação a um saber instituído, que dita o que é melhor para eles e para seus filhos, conforme os interesses do próprio *corpo médico*. Assim temos as polêmicas sobre a melhor forma de conceber, o melhor tipo de parto e sobre o grau de importância dada à amamentação, polêmicas que criam uma cortina de fumaça sobre a questão da margem de escolha que cada mulher poderá fazer dentre essas opções, uma vez que os discursos incidem sobre o sujeito de forma autoritária e subliminar. Nesse sentido, o discurso feminista-ecologista, como discutiremos no próximo tópico, pode se igualar ao discurso corporativista da medicina, ao do psicólogo e de outros profissionais que passam a proclamar, cada um a seu modo, sabedoria do que é melhor para a mulher. Supõe-se que bastaria informá-la sobre suas verdadeiras opções que ela escolheria *a melhor* (o que varia da cesariana eletiva até o parto domiciliar) e que, se ela não faz *a melhor* escolha (cujo valor depende do grupo de referência) é porque não está devidamente informada, está sendo enganada, ou é neurótica, ou perversa... Dessa forma grupos rivais se digladiam em nome da mulher e de uma reserva de mercado, claro, sem escutar cada uma em seu direito de ser informada e, acima disso, em suas aspirações e medos, posto que sobre seu desejo nem sempre o próprio sujeito sabe.

Aguiar e D'Oliveira em pesquisa sobre a violência obstétrica, nos revela as facetas que essa absoluta desvalorização do sujeito adquire na obstetrícia:

Esta violência, segundo D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. *Outras pesquisas também apontam, como um tipo de violência, o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e seqüelas* (Diniz, Chacham, 2006; Diniz, 2001) (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011, p. 80, grifo nosso).

Segundo esses critérios, as cesarianas, absolutamente corriqueiras em nossas maternidades (em torno de 80-90% dos partos na rede privada, contra os 15% recomendado pela OMS), passam a ser reconhecidas como violência obstétrica, pois são o exemplo maior de “*violência, (por) (...) uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessário*” (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011, p. 80). Outra prática corriqueira, diz respeito às episiotomias de rotina (incisão no períneo durante o período expulsivo do parto). Em estudo sobre os efeitos desta prática na sexualidade feminina Progiante, Araújo e Mouta dirão:

As sensações vividas pelas mulheres durante o procedimento (da episiotomia) estão associadas ao trauma por serem dolorosas, provocadas por agentes externos à sua fisiologia corporal e sem o seu consentimento prévio. A episiotomia afetou a sexualidade das mulheres por interferir em seus partos, em suas relações sexuais e familiares. Concluímos que, por ser a episiotomia uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, torna-se imprescindível que as enfermeiras realizem a proteção perineal como prática incorporada (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008, p. 45).

Aguiar (2010) em sua tese de doutorado, reavalia sua hipótese de que a violência se restringiria a uma questão de gênero, embora não descarte a importância dessa variável, revelando um contexto mais amplo no qual o que está em jogo é a própria relação médico/paciente:

Iniciamos este trabalho com a hipótese de que a violência institucional nas maternidades públicas é, fundamentalmente, uma violência de gênero por estar pautada em significados culturais estereotipados de desvalorização e submissão da mulher. (...)

Vimos, entretanto, que, além disso, essa violência se dá no contexto da “crise de confiança”²⁰ da medicina tecnológica com o distanciamento na relação pessoal entre profissionais e pacientes, que passa a ser intermediada cada vez mais apenas na tecnologia na qual se apoia. Essa fragilização dos vínculos de confiança na relação profissional/paciente resulta em uma desvalorização de toda a dimensão subjetiva desta interação (AGUIAR, 2010, p. 195, grifo no original).

²⁰Por “crise de confiança” a autora entende: “A erosão da qualidade ética das interações entre profissionais e pacientes” (...) que Schraiber (2008) detecta na medicina tecnológica contemporânea” (AGUIAR, 2010, p. 48).

Essa constatação de que se trataria de uma crise de confiança para além da relação mulher/médico parece ir em direção à fala de Marco Antonio Coutinho Jorge, no prefácio à obra de Clavreul, no qual descreve o alarmante desdobramento de dessubjetivação de tais relações: “Não só não existe a relação médico-doente, mera contingência, a qual a lógica médica deve descartar, como também não existe relação médico-doença. *Só existe a relação instituição médica-doença*” (JORGE, 1983, prefácio, p. 13).

Acreditamos que, se não mantivermos essa diferenciação em mente, corremos o risco de restringir nossa crítica à pessoa do médico, sem levar em consideração que frequentemente ele também responde a uma lógica que o aliena, e criticar este ou aquele profissional apenas pode nos levar à perda de perspectiva da situação na qual estão todos inseridos.

Assim, por exemplo, a banalização das intervenções cirúrgicas no âmbito da perinatalidade chegou a um tal grau de paroxismo, que a ideia do parto como evento cirúrgico acabou por subverter a exceção em regra não só para médicos como para parturientes que, muito frequentemente, nem questionam sua indicação. Trata-se menos de criticar a pessoa do médico do que revelar uma mentalidade com a qual compactua e a qual reproduz. Kristine Hopkins (2000), em sua pesquisa antropológica sobre os alarmantes índices de parto cirúrgico no Brasil, que segundo a autora chegariam a 90% em hospitais particulares, nos revela o poder de persuasão do discurso médico:

Academic analyses tend to present a more balanced view with doctor's motives for wanting to perform cesareans included alongside descriptions of women's motives for the procedures. What is typically missing from such analyses is a discussion of the power differences between women and doctors. Doctors clearly have more decision-making power in the hospital birthing situation, and their medical expertise and authority is often marshaled to convince a woman to “choose” a cesarean. Using data collected from a postpartum survey, participant observation in hospital obstetrics wards, and in-depth interviews, I offer evidences, which refutes many of the hypotheses associated with why women might prefer to deliver by cesarean. I also show that the majority of women surveyed in two cities in Brazil, particularly first-time mothers, do not seek to deliver by cesarean. Through an analysis of conversations between doctors and women during labor and delivery, and through women's narratives of their delivery experiences, I also show some of the mechanisms that doctors use in order to induce so-called demand for surgical delivery and argue that they are very active participants in the ongoing construction of the culture of cesarean section in Brazil (HOPKINS, 2000, p. 740).²¹

²¹ Análises acadêmicas tendem a apresentar uma visão mais equilibrada com os motivos médicos para querer fazer cesáreas incluídos ao lado de descrições de motivos das mulheres para os procedimentos. O que é tipicamente faltoso em tais análises é uma discussão sobre as diferenças de poder entre mulheres e médicos. Médicos têm claramente mais poder de decisão na situação de parto do hospital, e sua perícia médica e autoridade são muitas vezes organizadas para convencer uma mulher a “escolher” uma cesariana. Usando dados coletados a partir de uma pesquisa de pós-parto, observação participante em enfermarias de obstetria, e entrevistas em profundidade, ofereço evidências, que refutam muitas das hipóteses associadas de porque as mulheres podem preferir parir por cesariana. Eu também mostro que a maioria das mulheres pesquisadas em

Duplo poder na medida em que diz respeito tanto à persuasão da gestante em si quanto à persuasão da opinião pública, quando diz responder a um anseio da paciente, o que o estudo de Hopkins vem justamente refutar. Triplo, talvez, uma vez que o próprio médico se convence daquilo que o discurso médico dita, qual seja, que o corpo deve ser corrigido em suas imperfeições por meio da biotecnologia. Continuando com a crítica de Jorge referente ao anonimato dessa relação:

Médico e doente destituídos de sua subjetividade, prevalece a *instituição médica* – lugar da totalidade do discurso médico, da qual o médico é apenas o anônimo representante –, e a *doença* – objeto constituído pelo próprio discurso médico, sendo o homem unicamente o anônimo *terreno* no qual a doença se instala (JORGE, 1983, prefácio).

De nossa parte, assumimos que as intervenções médicas introduzidas pela modernidade não são danosas em si mesmas, mas emergem de uma lógica dessubjetivante. Não nos parece possível que a mesma lógica que desautoriza a mulher a gestar, parir e aleitar lhe confira liberdade de escolha, uma vez que ignora que o sujeito é irremediavelmente dividido e que sua escolha implicará a formulação de um desejo que ele mesmo, por vezes, desconhece e que não prescinde de uma escuta atenta para ser reconhecido.

Acreditamos que só refletindo sobre as bases nas quais possíveis *escolhas* estão sendo feitas, mulheres e seus companheiros podem se beneficiar de uma situação em que a parentalidade se basearia no desejo, dentro das possibilidades e limitações de cada caso e não segundo forças da natureza, e com isso poderíamos falar em humanização. Clavreul faz uma interessante analogia entre a alienação do bebê recém-nascido ao discurso materno e a entrada do paciente no discurso médico:

O que é fundamental e constante na constituição do pedido da demanda da doente é sua entrada no discurso médico. É possível dar conta disso usando algo que é mais que uma comparação, a entrada da criança no discurso da mãe. Pois, do mesmo modo que o doente não pode ele próprio assegurar a sua cura, a criança, em sua prematuração, não pode satisfazer por ela própria os imperativos de suas necessidades (CLAVREUL, 1983, p. 155).

Mas, enquanto a entrada no discurso da mãe é a condição alienante da constituição do sujeito, que não prescinde do processo de separação posterior, a entrada no discurso médico revela-se o apelo para que o adulto permaneça alienado. O exemplo, que serve para a relação

duas cidades do Brasil, particularmente mães pela primeira vez, não procuram parir por cesariana. Através da análise de conversas entre médicos e mulheres durante o trabalho de parto, e através de narrativas das mulheres de suas experiências de parto, eu também mostro alguns dos mecanismos que os médicos usam para induzir a chamada demanda de parto cirúrgico e argumento que eles são participantes muito ativos na construção em da cultura da cesárea no Brasil (*tradução livre da autora*).

medicina-doença em geral, torna-se mais surpreendente na medida em que se trata justamente de transformar a mãe, que deveria servir de suporte do discurso social para o bebê, em alguém incapaz de falar em nome próprio. Segundo Clavreul (1983), o discurso médico é um dos exemplos maiores, na atualidade, do discurso do mestre preconizado por Lacan, que também pode ser encarnado pelo psicólogo, pelo psicanalista. Ele neutraliza a mãe, que nele se aliena, ultrapassa-a e acaba por se apoderar do bebê. Mas para tanto, é necessário que este seja reconhecido no lugar de doente também, o que não tarda a acontecer, de forma cada vez mais sistemática, uma vez que os procedimentos invasivos, como as cesarianas eletivas precoces, têm sido realizados de forma indiscriminada, embora estudos realizados revelem seus riscos, como em artigo publicado por Alan et al. (2009) no *The New England Journal of Medicine*. As intervenções geram iatrogenias, que por sua vez geram mais intervenções. A mãe e o bebê, sob o olhar da medicina como incapazes de subsistir sem a biotecnologia, são submetidos a intervenções que geram elas mesmas iatrogenias, que os transformam em doentes, o que justifica mais intervenções da medicina. Constrói-se um ciclo patologizante de um processo, a princípio não patológico, cujas mazelas psicossociais decorrentes tendem a ser interpretadas a partir das dificuldades psíquicas dos pais, refletidas no sofrimento psíquico dos bebês. A entrada do psicanalista nesse enredo, se não se levar em conta seu papel, pode servir apenas para dar a chancela final de que, de fato, as mães são incapazes de cuidar suficientemente bem de seus bebês.

Clavreul nos lembra das prerrogativas da mãe nos primórdios dos cuidados com o bebê:

(...) o que no início é apenas uma necessidade articulada, passando pelos desfiles da linguagem, introduz a problemática do Outro. Para a criança, *o desejo da mãe* (que se manifesta pelo menos na interpretação que ela dá aos gritos) é determinante para seu futuro e para a organização, segundo sejam considerados como admissíveis, em função também *do que a mãe pode ou não tolerar*, em função, enfim, das vias de desvio do desejo que ela propõe ou impõe à criança. O desejo é, assim, o que emerge da necessidade depois que sua manifestação (no grito, em seguida na palavra) tomou as vias da linguagem (CLAVREUL, 1983, p. 156, grifo nosso).

Mas como não prever distorções nessa relação, se a mãe de quem se espera *desejar, tolerar e atribuir significado* às necessidades do bebê é ela mesma alvo de uma relação na qual seu desejo e os significados de suas demandas são sistematicamente ignorados? Não se trata aqui de um desejo formulado perante a equipe de saúde, para ser negado pela mesma. Temos um grande percurso percorrido quando a mulher pode identificar sua escolha e se vê obrigada a realizar o contrário de seu desejo, por interesses alheios a sua saúde ou ao bem estar do bebê. Nesses casos, a mulher ainda pode reconhecer a participação do outro,

digamos, no equívoco, embora isso não a isente de parte de responsabilidade no desfecho; porém, outras questões se colocam nos casos nos quais ela nem teve oportunidade de formular qualquer desejo, ou o fez com base em falsas premissas, ou ainda se viu incapaz de desejar algo além do discurso vigente ou da equipe que a acompanhou no parto. Pois, ao se deparar com o bebê e com os cuidados que se espera seja capaz de lhe oferecer logo após o parto (comumente cirúrgico, mas não apenas), a mulher destituída de seu discurso como sujeito deve estar apta a realizar uma tarefa ativa e interpretativa junto ao bebê. Não é difícil reconhecer como se potencializa a sensação de inadequação, de insegurança, de culpa e de medo, mas também de sujeição aos ditames do especialista que vem em seu socorro no puerpério. Isso porque, se o discurso médico está baseado na negação sistemática da escuta do sujeito em seus temores e desejos, se a parentalidade está imersa no discurso por meio da condição de patologia que a perinatalidade encarna na atualidade, como não reconhecer que o lugar de pai e mãe emerge do lugar do doente, que precisa do especialista?

Mas é o discurso do capitalista (LACAN, 1993), também chamado de discurso do mestre moderno, que melhor exemplifica a relação medicina/doença, por tratar-se menos de dois sujeitos em diferentes posições de poder e mais de relações entre coisas, nas quais o sujeito é rebaixado à condição de mero objeto comercializável. Nas palavras de Quinet:

E nas relações próprias do discurso do capitalista, o outro nem pode ser encarnado por ninguém, pois o outro aqui é mero objeto de consumo, uma mercadoria, fabricada pela ciência tecnológica. O discurso do capitalista implica a forclusão da castração e por conseguinte a exclusão do investimento libidinal e diferencial no outro do laço. O outro é foracluído do laço capitalista daí o empuxo-ao-autismo de um gozo mercadológico (QUINET, 2001).

Entendemos que o discurso do capitalista, como desdobramento do discurso do mestre, esteja representado de forma inequívoca na relação instituição médica/doença, conforme preconizado por Clavreul (1983), na medida em que se trata justamente do desaparecimento do sujeito em nome do consumo, sujeito esse que, no discurso do mestre, mesmo que submetido, ainda é preservado.

Nesse contexto não é de se espantar que haja contribuições da psicologia, como o exemplo abaixo, resultado de uma pesquisa sobre a parentalidade:

Casais que pretendem ter seu primeiro filho poderiam ser beneficiados pelo auxílio de profissionais especializados. Nesse sentido, poder-se-iam *realizar avaliações* com os mesmos a fim de analisar a sua conjugalidade ou, ainda, de *propor um tratamento* com respeito às mudanças previsíveis que a transição provoca, minimizando suas dificuldades. Certamente, essa possibilidade facilitaria aos casais a *transição para a parentalidade*, assim como a preservação de sua conjugalidade (MENEZES; LOPES, 2007, p. 92, grifos nossos).

Diante das questões por vezes disruptivas que a chegada de um filho pode trazer, casais que pretendem ter seu primeiro filho são alçados à condição de pacientes potenciais: são sugeridas avaliações da conjugalidade afim de propor tratamento com o objetivo de facilitar a transição para a parentalidade; entretanto, se os casais têm questões relativas à conjugalidade, estas não deveriam ser formuladas a partir do mal estar que supostamente causariam? Trata-se de uma clara ultrapassagem, que supõe uma entrada do especialista da saúde mental a fim de corrigir possíveis desvios antes que o próprio sujeito os formule como mal-estar. Esse exemplo tem como único propósito ilustrar a ideia de que a questão do corpo na perinatalidade está diretamente relacionada ao discurso médico, em sua relação de representação do discurso do mestre, e é com ele que os pais têm que se ver nos momentos iniciais da construção do papel parental. Tal discurso surge em todos os âmbitos nos quais a fala do sujeito é reduzida ao nível de uma suposição de realidade/verdade, que nega serem a realidade e a verdade do sujeito da ordem do inconsciente, pois o sujeito é sempre dividido. Ele se apoia na patologização, que justifica intervenções cada vez mais ousadas, chegando à ausência total no processo reprodutivo presente, na almejada e disputada ectogênese.

A resposta dada a essas abusivas intervenções médicas vêm sendo encampadas por movimentos de humanização do parto. Mas tais movimentos, como veremos a seguir, quando não levam as questões acima em consideração, embora sejam de suma importância como denúncia à ordem médica, esbarram em sérias dificuldades, como supor que se trataria deste ou daquele médico, supor que toda mulher informada e respeitada faria, necessariamente, a mesma escolha pelo parto natural e pelo aleitamento. Neste ponto a psicanálise tem grande contribuição a oferecer, caso se posicione como teoria diante de uma questão relacionada ao campo social e político, com o qual, se por vezes não chega a debater, nem por isso deixa de responder na clínica e na teoria, a partir de omissões gritantes. Com as palavras de Paulo Endo pensamos o lugar da psicanálise para além da clínica:

(...) não há motivo para considerar o intramuros como único território livre para a psicanálise, como se em todo o resto ela devesse estar coibida e aprisionada, a não ser por um gosto – a ser mais bem examinado – pela ultraespecialização da psicanálise. Também não se deve temer uma psicanálise sem clínica, criando a falsa oposição clínica *versus* social, já que o pensamento psicanalítico é sempre tributário da prática clínica, mesmo quando ele ignora seus princípios, e é aí que os psicanalistas são fundamentais, não como homologadores ou especialistas, mas como debatedores competentes e interessados na ultrapassagem dos impasses deixados por Freud e os que o sucederam (ENDO, 2008, p. 24).

É importante ficar claro que, caso as inovações tecnológicas estivessem a serviço da liberdade de escolha do sujeito e não do seu oposto, não veríamos por que rechaçá-las de

antemão. Se nossa cultura oferece a inseminação, a ectogênese, o parto cirúrgico e o aleitamento por fórmulas, não vemos por que seriam em si mesmas um impeditivo da construção parental ou da constituição de sujeito, desde que fossem preservadas as condições de constituição desse sujeito, que nunca prescindem do contato/cuidado intensivo com o corpo do bebê para além da ordem da necessidade, do reconhecimento social da filiação e das competências subjetivas dos pais, incluída aí de forma central, a questão do desejo. Mas a lógica da qual emergem essas intervenções não deixa dúvidas sobre os riscos que correm pais e bebês. Enquanto, por vezes, autores psicanalistas tomam a parte pelo todo, criticando esta ou aquela intervenção, chegando a condenar de antemão procedimentos que não se revelam sinais patognomônicos em si, como no caso das interpretações patologizantes e generalizadas sobre as mulheres submetidas às inseminações (CHATEL, 1995), outras vezes se esquecem de pensar no efeito das experiências que se tornaram corriqueiras. É o caso do parto cirúrgico, por exemplo, ou das campanhas de aleitamento coercitivas, ou das episiotomias de rotina, ou mesmo da simples ida ao hospital para parir, como sinais da patologia do corpo social do qual emergem, regido pelo biopoder, pelas regras de mercado, pelo espetacularização e pela patologização dos corpos. É esse discurso que incide sobre o corpo dos pais e dos bebês, e, se nos ocupamos dos bebês e ignoramos os pais ou os culpabilizamos, fazemos a mesma ultrapassagem que o discurso médico prima em reiterar: em busca de poder sobre os sujeitos, elimina-se a subjetividade.

Vejamos como vem sendo formulada uma reação social ao discurso médico e as armadilhas que ela encerra.

4.4 Corpo ecológico

Com o intuito de fazer frente ao discurso médico dominante e de seguir o ideário ecologista dos anos 70, surge a revalorização da natureza junto ao patrulhamento de sua destruição e desperdício, num movimento que inclui o resgate do suposto saber natural do corpo da mulher. Como resposta política à ingerência médica, mas também como aspiração a um novo estilo de vida, pesquisas e movimentos significativos foram e vêm sendo operados desde então, no sentido de fazer emergir a mulher mamífera e empoderada.

O termo empoderamento, com a conotação política emancipatória aqui assumida, foi ouvido pela primeira vez no início dos anos 1970, ainda no original inglês

empowerment, tendo como seus emissores principais movimentos feministas e negros (...). Rapidamente, a palavra foi apreendida pelo discurso do desenvolvimento alternativo, o qual se fortaleceu em face do não cumprimento das promessas do modelo tradicional de desenvolvimento que, com centralidade quase absoluta no crescimento econômico, não logrou acabar com a exclusão social, antes a promoveu, na medida em que deixou em segundo plano dimensões outras – como liberdade política, respeito ao meio ambiente, solidariedade, paz e segurança material (HOROCHOVSKI; MEIRELLES, 2007, p. 487-488)

Carmen Tornquist, socióloga que pesquisa relações de gênero e reprodução, em seu estudo sobre a humanização do nascimento, descreve este processo:

A crítica ao modelo medicalizado de assistência ao parto, (...), não questiona a própria concepção dicotômica natureza-cultura, mas sim inverte os sinais, positivando a dimensão tida como Natural e negativizando aquela tida como tecnocrática/social/cultural e ocidental. O ideário, ao entronizar dessa forma a Natureza, remete-se às concepções evolucionistas e românticas de um mundo e de uma humanidade distantes ou libertos da arbitrariedade da história e da cultura (TORNQUIST, 2002, p. 488).

Nesse movimento de resgate da natureza, estudos que descrevem recursos da espécie humana na formação de vínculo passam a ter grande repercussão para além do espaço acadêmico (KLAUS; KENNEL, 1992; GUEDENEY, 1999; KLAUS; KLAUS, 1989; ODENT, 1981, 2002; MONTAGU, 1988) e a ser usados como supostas provas de que a mulher é naturalmente talhada para o papel. Tal conhecimento tem servido de munição para a argumentação de que tirar da mulher a oportunidade de exercer seu *dom natural* envolve grande desperdício, para si, para o bebê, para a sociedade e para a natureza. Como tudo o que vem da natureza, parece que os recursos naturais femininos para a maternidade também vêm sendo desperdiçados. Às aspirações ecológicas vem fazer coro a reivindicação do potencial de *mamíferas*, ao alcance das mulheres, de algumas linhas feministas. Segundo Badinter:

Os anos 1970 viram a pediatria americana deste movimento que ainda hoje continua conquistando adeptos na Europa. Eles se apoiaram principalmente na etologia (ciências dos comportamentos das espécies animais) para lembrar as mulheres que elas eram mamíferas, dotadas dos mesmos hormônios da maternagem: a ocitocina e a prolactina. Consequentemente, salvo aberrações culturais, elas devem estabelecer com o bebê um laço automático e imediato pela ação de um processo neurobiológico-químico. Se isso não acontece, devemos culpar o meio, ou nos preocupar com desvios psicopatológicos. Eles receberam o apoio de antropólogos, psicopediatras e de grande parte da mídia americana que divulgou esta ideia (BADINTER, 2011, p. 58-59).

Saber como os hormônios agem sobre o organismo é muito importante, seria um equívoco negar a pertinência de tais estudos; entretanto, supor que os hormônios sejam condição necessária e/ou suficiente à construção do vínculo humano, bastando evitar as *aberrações culturais e/ou orgânicas*, é outra questão. É o uso ideológico que se faz deste

conhecimento que nos parece o grande risco. Interessa-nos aqui a forma como a contemporaneidade interpreta o dado da biologia²², forma reveladora de permanente risco de dessubjetivação, verdadeira ameaça à parentalidade.

Expectativas quanto ao desempenho natural da mulher nos cuidados com o bebê assombram mães, que se sentem incapazes antes mesmo de se ocupar dos filhos; intuem tratar-se de tarefa para a qual não foram talhadas e treinadas, situação que geralmente é resolvida com a entrada de um profissional ou parente mais experiente. Caso essas mães imaginem, pelo contrário, que uma milenar sabedoria emergiria do nascimento, podem se surpreender negativamente com o fato de que esse saber não prescinde do ambiente, da subjetividade e da aprendizagem para ser realmente proveitoso. Independentemente da forma como cada mulher lida com esses difíceis ajustes iniciais, com muito ou algum sofrimento, ambas as suposições colocam-na diante de uma desautorização, seja porque a natureza daria conta de tudo, seja porque bastaria corrigir a deficitária *mãe* natureza. Segundo Tornquist ao tecer sua crítica ao movimento de empoderamento da mulher:

A categoria “Natureza” aparece com frequência no ideário (do movimento), e parece ser um ponto de acordo entre as vertentes biomédica e alternativa. A argumentação alternativa e naturalista aproxima-se das concepções de fisiologia humana e do parto, tão caras à concepção biomédica. A recusa que se faz ao modelo tecnocrático de atenção ao parto e ao nascimento, visto como emblemático do modo ocidental de pensar e de viver, implica questionar o domínio da técnica e da cultura sobre procedimentos tidos como naturais, postulando-se, no limite, um retorno a uma vida mais natural. Essa crítica parece ser o ponto que aproxima o ideário do Movimento a um ideário ecologista, sendo frequentes as associações entre parto e ecologia, ou modo de vida indígena (supostamente universal e próximo da Natureza) e cuidados com o meio ambiente (TORNQUIST, 2002, p. 487, grifo no original, itálico nosso).

Como nos diz a autora, o ideário *biomédico e alternativo* acabam por tecer uma surpreendente aproximação, remetendo o corpo da biologia ao centro da questão. Todavia, se o corpo que se busca resgatar na humanização dos cuidados com as parturientes dissesse respeito apenas ao corpo biológico, relativo às inibições que o ambiente provoca no sistema límbico ao estimular o neocórtex (ODENT, 2002), não haveria sobre o que a psicanálise discorrer pois, desde Freud, o corpo que interessa a ela é o corpo erógeno, descentrado de sua herança filogenética, regido por leis alheias à fisiologia e à anatomia.

No entanto, como psicanalistas, acreditamos sim que o ambiente possa ser uma variável importante e que, no âmbito do parto, chegue por vezes a ser crucial, desencadeando,

²²Por biologia entendemos um campo do saber em si já atravessado por questões ideológicas, mas que se supõe servir de subsídio e justificativa para os procedimentos de intervenção médica que, como veremos, muito frequentemente se mostram incoerentes entre si.

por exemplo, reações de luta e fuga na mulher. Mas atribuímos essa importância a algo além do funcionamento cerebral da parturiente, embora não desconsideremos a possível interrupção da parturição, por exemplo, quando a mulher se sente acuada (IACONELLI, 2005). Nesse caso, ela, sentindo-se ameaçada por um ambiente hostil, pode ter seu trabalho de parto interrompido. Mas, ao contrário de uma cadela, a mulher poderá viver suas fantasias edípicas inconscientes, por exemplo, ou de morte igualmente como hostis... Por mais que controlemos o ambiente, com o intuito de estimular o sistema límbico, não temos o mesmo controle de resultados, quando se trata do mundo interno da parturiente.

Os movimentos de humanização do parto, herdeiros da ofensiva das mulheres contra a repressão na parturição, promovida por movimentos sociais que se rebelaram contra a ingerência médica, funcionam como pendulares, alcançando o outro extremo, mas revelam-se suspensos pela mesma corda: ambos os movimentos, da humanização e da biotecnologia, operam a supressão da subjetividade, em nome de uma humanização (que seria algo generalizável) e de um saber (sobre o corpo) que ignora o sujeito. Tornquist nos alerta:

Embora essa “mulher moderna” seja vista agora como sujeito de suas escolhas – inclusive a maternidade – ela novamente se vê diante de prescrições ditadas por saberes científicos, que a farão escolher o que é o melhor para o bebê, e de uma celebração do parto ideal, este não raro muito distante do campo de escolha e de possibilidade de boa parte das mulheres que dão à luz (TORNQUIST, 2002, p. 490-491, grifo no original).

Dessa afirmação depreende-se, além do falso direito de escolha, o lugar prioritário do bebê em detrimento da mulher e a idealização do parto. Além disso, o parto ideal passa a ser mais um bem de consumo a se adquirir, revelando-se seu caráter mercantilista, imerso que está no discurso do capitalista.

Criticando os movimentos de humanização do parto intentamos colaborar para sua transformação, evitando que suas contradições internas, pouco explicitadas, acabem por retirar-lhes a força transformadora e por promovê-los mais, sob outra roupagem. Impor novos protocolos de assistência ao parto e aleitamento esbarra na ideia de que haveria protocolos gerais para diferentes sujeitos. Assim, também entendemos algumas colocações de movimentos contra a ordem médica na parturição, ao falarem, por exemplo, do parto orgástico como um direito de toda mulher, sendo, inclusive, apresentado na forma de manual (DAVIS; PASCALI-BONARO, 2010). Esses acabam por transformar a cena de parto num campo de batalha por direitos que se supõem darem conta de um desejo feminino inequívoco, sem levar em consideração que cada sujeito tem de responder por seu desejo de forma intransferível e que cada sujeito está irremediavelmente dividido em seu desejo. Nesse

sentido, é bom lembrar Foucault, quando fala dos movimentos que prometem “libertar” as mentalidades da repressão sexual vitoriana:

Falar contra os poderes, dizer a verdade e prometer o gozo; vincular a iluminação, a liberação e a multiplicação de volúpias; empregar um discurso onde confluem o ardor do saber, a vontade de mudar a lei e o esperado jardim das delícias, eis o que, sem dúvida, sustenta em nós a obstinação em falar do sexo em termos de repressão; eis também, o que explica, talvez, o valor mercantil que se atribui não somente a tudo o que dela se diz como, também, ao simples fato de dar atenção àqueles que querem suprimir seus efeitos (FOUCAULT, 1988, p. 13).

O argumento de que *as mulheres querem* cesarianas porque não querem sofrer as dores do parto ou de que *querem* partos naturais porque querem se sentir poderosas esbarra na mesma questão: quem pode dizer de antemão o que quer *cada* mulher? Não estaríamos diante da mesma polêmica feminista ultrapassada que supõe, de forma genérica e arbitrária, que *as* mulheres preferem trabalhar a ter filhos numa contraposição à afirmação anterior *de que as* mulheres preferem ter filhos a ter que trabalhar? *As* mulheres? *Que* mulheres? Obviamente o que não está contemplado é que cada mulher possa falar em nome próprio e que o acesso às informações, beneficiadoras de sua escolha, lhe seja facilitado da forma menos tendenciosa possível. Supor que todas as mulheres, uma vez informadas e apoiadas, fariam a mesma escolha, diante da concepção, da gestação, da parturição e do aleitamento, é supor que existiria A mulher.

Se supusermos que as mulheres são, acima de tudo, mamíferas e que desejam parir desta ou daquela maneira (no caso, parto natural), ferimos a ideia de direito à escolha e as colocamos mais uma vez sob a tutela de um saber maior, ao qual devem se dobrar pela evidência. Sabemos como os argumentos de saúde e de longevidade podem estar a serviço do exercício de poder.

O que parece não estar contemplado por nenhuma dessas abordagens é a possibilidade de que as mulheres e seus companheiros façam uso da tecnologia para gestar, parir e aleitar, a partir de uma escolha que responda ao desejo e não a partir de uma imposição médica visando à desautorização dos pais e a seu consequente controle. Também seria ingênuo supor que todas as mulheres que escolhem o *protagonismo* do parto natural o fazem a partir do desejo e não por imposições grupais do ideário naturalista. Só o sujeito pode nomear de que lugar faz sua escolha e, para isso, ele precisa ser escutado. À medida que a cena de parto recuperasse seu caráter privativo, no qual o sujeito pudesse se haver com sua sexualidade, suas crenças, seu inconsciente e seu corpo, é que os recursos da espécie poderiam comparecer. Também

não podemos ignorar a imprevisibilidade que ronda qualquer evento, diante do qual só podemos tentar oferecer o melhor, sem controlar, de fato, os desdobramentos possíveis.

Como no ato sexual, para o qual devem ser oferecidas condições de segurança, de privacidade (em consonância com um certo pudor coerente com as inclinações de cada sujeito e seu grupo social), de respeito ao desejo e até mesmo de informação, assim também no parto cabe à mulher o mesmo velamento e respeito. Mesmo que ela possa declinar dessa oferta, cabe construir um ambiente protegido e seguro, nos moldes do que se oferece nas outras situações de fragilidade do sujeito, exposto em sua sexualidade, regredido. Tal cuidado advém do reconhecimento de que se trata de uma cena íntima, relativa à sexualidade da mulher e, quando possível, do casal. O documentário sobre o parto no Nepal mostrou que este se dá de forma velada (a jovem parturiente encontra-se na posição de quatro apoios, vestida com uma túnica que esconde seu sexo) e o bebê só é visto quando toca o feno que forra o chão. Trata-se de uma cena na qual a imundície do ambiente vem acompanhada de pudor, de velamento do corpo da mulher diante, pelo menos, da diretora do filme!

A assepsia da cena de parto, tão importante no que tange à mortalidade materno-infantil, acabou por responder ao anseio de uma outra assepsia, esta da ordem do imaginário ocidental: negar-lhe o erotismo associado ao parto. Embora os movimentos alternativos resgatem essa questão, muitas vezes o fazem como ideal a ser alcançado (caso do parto orgástico), o que não deixa de envolver uma certa espetacularização do evento. Dessa forma, temos que a contribuição da psicanálise, nestes tempos de biotecnologia e *bioecologia*, continua sendo o de opor ao discurso do mestre, em seu desdobramento no discurso do capitalista, o resgate do sujeito, entendido como sujeito dividido e desejante, atravessado pela cultura e pela história.

Veremos como a psicanálise aborda a questão do corpo inextricavelmente ligada à construção da subjetividade, oferecendo-nos uma outra perspectiva para a clínica da perinatalidade. Não percamos de vista que a clínica da perinatalidade tem como prioridade a constituição do sujeito, o que, por sua vez, depende da relação com um semelhante que exerce a função parental. A partir dessa perspectiva, elucidar a contribuição psicanalítica como discurso sobre o corpo é descrever de que corpo se trata, quando se aborda a *reprodução de humanos*.

4.5 Corpo da psicanálise

O corpo do qual se ocupa a psicanálise não deve ser confundido com o corpo da medicina, embora demande permanente delimitação da interface com este. Do vasto campo de estudo psicanalítico sobre o corpo, em sua indissociável relação com a constituição do Eu, buscamos um recorte que dê conta de algumas questões que a clínica, representada pelo caso de Carla, nos suscitou. Um breve relato sobre a formulação freudiana do corpo erógeno e a construção do Eu, seus desdobramentos em Lacan com o estádio do espelho (repensado ao longo de sua obra a partir dos registros do Real, Simbólico e Imaginário) nos servirão neste momento para esse fim.

4.5.1 Corpo erógeno

Freud, ao escutar o sintoma histérico, foi capaz de reconhecer que as queixas trazidas por suas pacientes remetiam a um outro corpo, que não o da biologia (FREUD, 1893a). As paralisias, dores, cegueiras, convulsões respondiam a uma lógica que escapava da anatomia, para fazer jus a outra categoria de eventos relacionados às pulsões, à imagem de si e às fantasias. Os sintomas *conversivos*, como denominou, revelavam uma construção calcada nas noções que o senso comum tem do funcionamento corporal e que ignoram a fisiologia mais básica. Por exemplo, uma paciente apresentava uma paralisia do braço, perdendo os movimentos da inserção do ombro até a mão sem, contudo, obedecer à lógica anatômica, o que fez Freud afirmar que “a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta” (FREUD, 1893b, p. 234). Em busca de um sentido para além do orgânico que desse conta desses fenômenos, o autor formula o conceito de corpo erógeno, que não se confunde com o de corpo da biologia, embora o afete profundamente e dele emerge.

Freud tratou, então, de se debruçar sobre a construção desse outro corpo, voltando-se para os primórdios da constituição psíquica, tentando estabelecer a relação entre psique e soma. Para tal, desenvolveu o conceito de pulsão, que entende como conceito limite entre os dois campos (FREUD, 1905). Laplanche e Pontalis definem pulsão como

Processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo. Segundo Freud, uma pulsão tem sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu objetivo ou meta é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no objeto ou graças a ele que a pulsão pode atingir sua meta (LAPLANCHE; PONTALIS, 1998, p. 394).

A excitação corporal funciona como fonte da pulsão, não devendo ser confundida com ela. Sendo um conceito na interface do orgânico com o psíquico, acaba por estabelecer aproximações com a questão do instinto. Laplanche e Pontalis (1998, p. 396) nos alertam para o fato de que “A concepção freudiana da pulsão conduz (...) a uma explosão da noção clássica de instinto”. A diferença entre pulsão e instinto, no entanto, não pode se basear numa pretensa invariabilidade do comportamento instintual, em contraponto com a variabilidade da pulsão. Como nos alerta Garcia-Roza (2000), ao apontar o risco de interpretações apressadas sobre o instinto:

A concepção mais generalizada (e também a mais estereotipada) sobre o instinto é aquela que o considera como um comportamento mecânico, inato, imutável, hereditário e comum em cada espécie animal. Essa concepção foi, no entanto, abalada a partir de observações do comportamento animal quando se verificou que o chamado instinto não apenas admitia variações, como frequentemente abarcava ações inadaptadas. Juntamente com o “instinto”, intervinha a aprendizagem, modificando-o (GARCIA-ROZA, 2000, p. 110, grifo no original).

Embora a complexidade do conceito de instinto comporte aproximações apressadas com o conceito de pulsão, Garcia-Roza é claro quanto à necessidade de distingui-los:

O próprio conceito de pulsão (*Trieb*), na medida em que se distingue do instinto (*Instinkt*), pode ser pensado como *Aufhebung* do natural. A errância da pulsão com sua ausência de objeto específico e impossibilidade de satisfação plena impede que seja assimilada a um impulso natural, mas, por outro lado, a desnaturalização que ela opera não coloca o homem ao abrigo das chamadas necessidades naturais. Há exigências vitais que, de alguma maneira, têm que ser atendidas, (...). O corpo, enquanto natural, não é nadificado pela pulsão, mas sim *negado e conservado*, transformado, superado (*aufgehoben*) (GARCIA-ROZA, 2000, p. 287, grifos no original).

O instinto seria filogeneticamente herdado e sujeito a alguma variação decorrente do contato com o meio. Já a pulsão surge a partir da relação autoerótica do sujeito com seu corpo, construída na relação com o corpo do outro e implica algo além da ordem da satisfação das necessidades. Seguindo a explanação de Garcia-Roza: “A tese de Freud é de que as pulsões surgem quando o prazer torna-se autônomo em relação à satisfação da necessidade, mas que este surgimento não se faz sem um *apoio* na função biológica (...)” (GARCIA-ROZA, 2000, p. 106, grifo no original).

Freud formula que, com o surgimento do “auto-erotismo, as pulsões, (que) se *apoiavam* nas funções biológicas, (vão) desfazendo aos poucos esse apoio e tornando-se autônomas” (GARCIA-ROZA, 2000, p. 107, grifo no original), mas é importante reiterar que o apoio nas funções biológicas é a base para a instalação da pulsão, que por sua vez é uma das condições para que um ser vivo da espécie humana venha a aceder à posição de sujeito. O autor, que nos alerta para diferentes interpretações sobre a relação entre pulsões e instinto, afirma que:

O auto-erotismo marcaria o ponto de disjunção do pulsional em relação ao instintivo. Do ponto de vista ontogenético, seria o momento da perda do instinto. Tendo perdido o instinto, o ser humano teria perdido também o objeto natural, sendo lançado, a partir de então, numa errância pulsional em busca de uma satisfação impossível (GARCIA-ROZA, 2000, p. 108).

O autoerotismo em Freud é postulado como um estado primitivo da constituição do sujeito no qual o prazer de órgão prevalece, no qual o corpo é vivido de forma fragmentada, como zonas de prazer/desprazer e sem reconhecimento do que lhe seria interno ou externo (FREUD, 1905). A boca e o seio que alimenta o bebê são vividos num contínuo, seja como experiência de prazer ou de despreazer, sem que aquele tenha ainda recursos para reconhecer o objeto de satisfação como vindo de fora. A fonte de prazer é a própria boca, que se sacia, ou que não se sacia, situação na qual vivencia o despreazer. Cada zona erógena será vivida de forma independente, como vivência fragmentada, devido à imaturidade neurológica do bebê humano, que nasce desamparado, incapaz de atender por si mesmo às suas necessidades mais básicas. Segundo Freud, nos Três Ensaio sobre a Sexualidade,

No chupar o dedo ou no mamar, observamos já as três características essenciais de uma exteriorização sexual infantil. *Esta nasce apoiando-se numa das funções corporais importantes para a vida*; ainda não possui um objeto sexual, pois é auto-erótica, e seu objetivo encontra-se sobre o império da zona erógena (FREUD, 1905, p. 187, grifo nosso).

O conceito de apoio é fundamental para que possamos compreender que o psiquismo se constitui em seus primórdios na relação com as necessidades do orgânico, mas sem poder ser reduzido às mesmas. Cabe ao adulto interpretar a necessidade do bebê (orgânica) como um pedido, como demanda (psíquica). O choro indecifrável do bebê é entendido pelos pais como choro de fome, de tédio, de medo, de frio... mas, acima de tudo, como apelo endereçado a eles. O paradoxo é que, embora não seja endereçado ao outro, posto que ainda não existe a diferenciação eu-outro na perspectiva do bebê, a ilusão dos pais de que se trata de uma demanda é imprescindível para que o bebê venha a se desenvolver. Os pais antecipam um

sujeito onde ainda não existe, o que lhe dá condição de vir a existir. A essa função parental Laznik (2004) dará o nome de ilusão antecipatória de sujeito, como citado anteriormente.

A passagem do nível da necessidade para o nível da demanda se dá por meio *das trocas corporais entre o bebê e o adulto que dele se ocupa*. Nessas trocas, *ambos* precisam ser investidos. Não há como *virtualizar* a relação. O bebê precisa ser *tocado* tátil, olfativa, auditiva, gustatória e visualmente, e também os pais precisam sê-lo pelo bebê.²³ Mas a condição inegociável das trocas corporais, embora seja necessária, não é suficiente, posto que o bebê precisa ser sonhado, amado, odiado... (BENHAÏM, 2006, 2007). Disso decorre a importância significativa da qualidade deste *tocar*, descritos nos conceitos de *holding* e *handling* de Winnicott (1965). Os pais *sonham* (desejam) o bebê, para que ele possa vir a *sonhar-se* (tornar-se sujeito) e o fazem a partir das trocas corporais. Essa transmissão se dá por meio dos cuidados com o organismo do bebê, dos quais decorre o corpo erógeno, libidinizado pelo desejo dos pais. Estes, por seu turno, o fazem a partir de um corpo erógeno já instituído, como adultos que são, o que não prescinde dos *feedbacks* do bebê. Em tempos em que se busca automatizar toda a cadeia reprodutiva da espécie humana, exemplificado nas biotecnologias anteriormente citadas, cabe enfatizar que não há psiquismo que se constitua fora da relação entre um corpo erotizado e que erotiza outro, para que a necessidade dê lugar à pulsão. A ideia de que atender o bebê no nível das necessidades orgânicas bastaria para o filhote humano, denunciada há muitos anos por Spitz (1945, 1946) na descrição de casos de *hospitalismo* (depressão anaclítica em crianças), vigora na biotecnologia das UTIN. A *sobrevivência* dos bebês prematuros, almejada a qualquer custo, responde a essa lógica segundo a qual o priorizado é o ser vivo e não o sujeito. A título de exemplo, recentemente anunciou-se na mídia, com estardalhaço, a proeza da sobrevivência de um bebê de 360 g (Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=2HlI8aMWvEQ>>). Não podemos nos esquecer das questões mercadológicas envolvidas, cada vez que as intervenções tecnológicas promovem sobrevivência de um bebê extraútero (ATLAN, 2006). Ao citarmos a fala de Aulagnier, ressaltamos a importância de que esse contato seja uma *rua de mão dupla* entre pais e bebês:

O prazer materno, ao nomear o corpo da criança e ao fazê-la tomar conhecimento dele, é uma condição necessária para que a criança conceba seu corpo como um espaço unificado e para que, numa outra etapa, os prazeres parciais possam se

²³Laznik (2004), ao descrever o tratamento de bebês com graves fechamentos autísticos, mostra o efeito devastador sobre os pais do bebê que não corresponde com o olhar, com a voz..., levando por vezes a um desinvestimento total nessas trocas. Nesse sentido, o efeito de desinvestimento afetivo dos pais, decorrente das intermediações tecnológicas que impedem o contato corporal, não pode ser ignorado.

colocar a serviço desta meta “unificada” que designamos como gozo (AULAGNIER, 1979, p. 230-231, grifo nosso *itálico*, aspas no original).²⁴

E essa fala nos leva a temer ainda mais pelo futuro dessas duplas pais/bebês, uma vez que o prazer se encontra ameaçado por intervenções que não o levam em conta.

A passagem do autoerotismo (vivência de prazer/desprazer fragmentária a partir das zonas erógenas corporais, que lhe servem de apoio) para o narcisismo (imagem unificada de si, que funda o Eu) implica a capacidade de o bebê reconhecer-se no olhar parental, como uma imagem completa. Ver-se como unidade está nos primórdios da construção de um Eu, e esse tema da comunicação do “O estádio do espelho a formação...”, apresentado por Lacan em 1949, sofre importantes desdobramentos em sua obra. Segundo o autor, que se apoia nas descobertas de Wallon (1934), o bebê, ao longo do primeiro ano e meio de vida, é capaz de reconhecer sua própria imagem, sobrepujando suas sensações de fragmentação. Tal imagem se sustenta num duplo reconhecimento, que passa pelo olhar do outro a quem o bebê reconhece como unidade e que reconhece o bebê nessa mesma condição. O corpo visto no espelho está referido ao registro do imaginário, que funda as bases do Eu. As ideias lançadas por Lacan (1949) nesse primeiro artigo foram reformuladas a partir das transformações que ele operou nos registros do Real, Simbólico e Imaginário, ao longo de toda a sua obra.

No estádio do espelho o bebê, que parte de uma experiência inicial de desamparo, de incoordenação motora e de sensações corporais difusas, é alçado imaginariamente a uma condição de integração que antecipa suas reais capacidades motoras, como nos diz Lacan,

A assunção jubilatória de sua imagem especular por este ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem neste estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [*eu*] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (LACAN, 1949, p. 97, grifo no original).

Nesse trecho Lacan (1949) também aponta para a questão do Eu como sede do desconhecimento de si, em oposição ao sujeito do inconsciente, pois o reconhecimento da imagem se estabelece num processo de alienação constituinte, à qual o bebê vai contrapor o processo de separação, a partir da linguagem que “lhe restitui, no universal, a função de sujeito”. O homem, como entendido pela psicanálise, está desde sempre dividido entre um Eu que se arvora o papel de unidade diante de uma ilusão de completude e um outro de si, que

²⁴Dessa forma, vemos o risco que correm pais e bebês, quando as iatrogenias médicas sistemáticas se põem a interferir dolorosamente nessas trocas iniciais.

comparece nas produções do inconsciente (sonhos, lapsos, chistes...). Dessa divisão irremediável, posto que é condição mesma da constituição psíquica, temos um entendimento da questão do corpo que, ao contrário da aspiração biotecnológica, pouco diz de uma pretensa unidade passível de ser apreendida. O corpo da psicanálise é marcado pela linguagem, perseguido pela imagem e intangível em sua realidade, sendo um lugar de gozo. Como nos diz Nasio, “do ponto de vista *real*, temos o corpo sinônimo de gozo” (NASIO, 1993, p. 151, grifo no original).

Assim, temos um corpo da fala (Simbólico), um corpo da imagem (Imaginário) e um corpo de gozo (Real), numa relação complexa e inextricável, metaforizada pela imagem do *nó borromeano*. Trata-se, no entanto, de *corpos* que, diferentemente do biológico, não estão dados de antemão, carecendo de uma *ação específica* (FREUD, 1914) exercida pelo semelhante.

Na perspectiva do bebê, o imaginário se apresenta como etapa anterior à capacidade de simbolização, mas na do adulto o registro simbólico está sempre lá, posto que antecede a própria existência do bebê. Segundo Garcia-Roza, ao descrever essa relação entre Simbólico e Imaginário:

Quando dizemos que a fase dual que caracteriza o imaginário é anterior ao acesso ao simbólico por parte do *infans*, isso não quer dizer que o simbólico esteja ausente. Apesar de a criança não ter ainda acesso a sua própria fala, ela é falada pelos outros, ela já surge num lugar marcado simbolicamente. Ela mesma não dispõe ainda de uma função simbólica própria, no entanto é, desde o seu nascimento e mesmo antes dele, “simbolizada” pelos outros. O imaginário não é, pois, autônomo em relação ao simbólico, mas um momento subordinado à Ordem Simbólica (GARCIA-ROZA, 1985, p. 213).

Dessa forma, por um lado o corpo imaginado, como delírio visual de completude (Imaginário), e por outro a ilusão antecipatória de sujeito, como herdeiro significativo (Simbólico), formam um elo inextricável que a função materna imprime em sua relação com o orgânico. Vejamos como o corpo do gozo se apresenta.

Quanto ao registro do Real, formulado por Lacan, Roudinesco e Plon afirmam que o conceito é um termo “introduzido em 1953 e extraído, simultaneamente, do vocabulário da filosofia e do conceito freudiano de realidade psíquica, para designar uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar.” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 644-645). Assim sendo, o corpo no Registro Real não deve ser confundido com o organismo, com uma pretensa realidade independente do sujeito, por se tratar de algo *imanente à representação*, ou seja, intrinsecamente ligado à capacidade de representação, embora *impossível de simbolizar*, tendo no conceito de gozo seu corolário. Desse modo, o real

não se confunde com o orgânico, embora, seja “preciso que haja um corpo para gozar, somente um corpo pode gozar” (MILLER, 1998, p. 93).

Embora se trate do corpo para alguém e para além do simbólico e do imaginário, o Real deve ser pensado dentro da estrutura do *nó borromeano*, na qual cada elo (Imaginário, Real e Simbólico) só faz sentido imbricado com os demais. Trata-se da relação que o homem estabelece com seu corpo, atravessada pela imagem e pelo significante, sem, contudo, ser reduzida a estes registros, pois lhes ultrapassa.

Lacan define o Real como um “para além da referência inter-humana, que é propriamente o para além-simbólico” (LACAN, 1978, p. 101). A partir dessa perspectiva, temos uma importante diferenciação entre o corpo da medicina e o corpo Real, conforme postulado pela psicanálise, e a consequente diferenciação entre a postura do cirurgião e a do psicanalista, como nos explica Nasio:

Contrariamente ao cirurgião, que se coloca diante do corpo de seu doente e o trata como um organismo, sem se preocupar em saber se ele fala ou goza, o psicanalista, por sua vez, deverá constantemente referir-se, direta ou indiretamente, aos parâmetros que são a fala e o sexo, e assim, conceber dois estatutos do corpo: o corpo falante e o corpo sexual (NASIO, 1993, p. 148).

O corpo falante e o corpo sexual são os corpos de que se ocupa a psicanálise, e à medida que o sujeito é capaz de imaginar e nomear o próprio corpo, ele perde irremediavelmente a possibilidade de acessá-lo diretamente, como organismo, pois essa relação estará sempre intermediada pela linguagem e pela imagem. Segundo Braunstein, no primeiro parágrafo de seu livro *O Gozo*, ao se referir à gênese do corpo do gozo, nos diz:

Estaria tentado a começar com uma fórmula gnômica:

Im Anfang war der Genuss (No princípio era o gozo),

que, é claro, se contraporiria ao começo do *Evangelho* de São João:

Im Anfang war das Wort (No princípio era a palavra).

Não me decido a fazê-lo, porque a contraposição seria falsa e, entre gozo e palavra, não se pode dizer quem vem primeiro à medida que ambos se delimitam reciprocamente e se imbricam de um modo que a experiência da psicanálise mostra como inextricável. Porque somente há gozo no ser que fala e porque fala. E porque somente há palavra em relação a um gozo que por ela se torna possível ao mesmo tempo que limitado (BRAUNSTEIN, 2007, p. 11).

Se entre gozo e fala não se pode formular o que vem primeiro, o Real estabelece uma relação com o Simbólico que o delimita e é por ele delimitado. Com a construção desse conceito, Lacan reafirma a impossibilidade de acesso direto ao organismo por parte do sujeito, reconhecendo que o corpo da psicanálise não pode ser pensado para além das

fronteiras do psiquismo que o formula pois, embora não possa prescindir da materialidade do organismo, é entendido como objeto mediatizado pela linguagem, inapreensível em sua pretensa condição natural, anterior a ela. A partir do momento em que o sujeito pode se referir ao próprio corpo como imagem, pode fazer uso da linguagem para nomeá-lo, ele o perde em sua imediatez. Condição mesma da constituição do psiquismo e da formação do Eu, a linguagem se interpõe entre o sujeito e seu corpo biológico. A psicanálise se ocupa de pensar o surpreendente paradoxo que nos engendra, no qual o reconhecimento de si implica uma impossibilidade de fazer que se coincida consigo mesmo. Se *Eu* fala de *mim*, então somos dois. Braunstein, citando Lacan, ao falar dessa relação paradoxal, não deixa de satirizar a pretensão do discurso médico de um saber totalizante sobre o corpo:

Que o corpo não é unicamente a substância extensa preconizada por Descartes em oposição à substância pensante, mas que “foi feito para gozar, gozar de si mesmo”. Este gozo, disse, é o mais evidente, ao mesmo tempo que o mais oculto na relação que estabelecem o saber, a ciência e a técnica com essa carne que sofre e que é feita corpo que se põe nas mãos do médico para sua manipulação. Ali está, à vista de todos: o gozo é a carta roubada que o imbecil do delegado não pode encontrar no corpo do paciente depois de fotografá-lo, radiografá-lo, calibrá-lo e diagramá-lo até uma escala molecular. O gozo é o vivente de uma substância que se faz ouvir por meio de desgarramento de si mesmo e da colocação em xeque do saber que pretende dominá-la (LACAN, 1966, apud BRAUNSTEIN, 2007, p. 18-19).

Se a questão do corpo, do gozo, do sofrimento e da medicina precisa ser contemplada em todas as questões que envolvam o sujeito, que dirá quando se trata da própria constituição do sujeito? Pois é justamente no âmbito da perinatalidade que o corpo tem sido reduzido, de forma mais dramática, à sua condição de dejetos orgânicos, embora o discurso seja o de que se trata de salvar vidas, embora saibamos o quanto ser vivo e sujeito são diferentes.

Essa breve diferenciação entre algumas abordagens do corpo tem por objetivo ressaltar que, ao se falar dele, há que se definir a cada passo de que corpo se trata, sob pena de imaginarmos, por exemplo, que a concepção possa fazer pressupor o surgimento da função materna, bem como supor que o bebê pode ser tomado por sujeito, bastando para isso a evidência de sua organicidade. Por outro lado, devemos ter em mente que a experiência da gestação, quando investida libidinalmente pela mulher, tende a favorecer sua capacidade de reconhecimento do papel maternal, além de repercutir socialmente, pela força da evidência material, retroalimentando esse reconhecimento. São fatos que não devem ser negligenciados.

5 O ESPAÇO NO QUAL UMA MÃE PODE CONSTITUIR-SE

5.1 Constituir-se mãe para um bebê

Ao parafrasear o texto de Aulagnier, “O espaço no qual o *eu* pode constituir-se” (AULAGNIER, 1979, p. 105), em que a autora define as condições de surgimento do humano a partir da relação parental, buscamos apontar *quais as condições da emergência da função parental*, especificamente, dita *função materna*.

Concordamos com a posição de Kamers, quando afirma que:

(...) mesmo em se tratando de funções simbólicas, é curioso notar que há certa tendência em querer localizar na mãe biológica o agente da função materna, assim como no pai da realidade o agente da função paterna. De modo inverso, ainda é possível encontrar uma série de formulações que versam sobre as funções parentais que poderiam ser realizadas por “qualquer um” desde que alguém compareça; o que nos parece um equívoco; em se tratando de uma função parental, ela jamais pode ser “anônima”, visto que pressupõe uma função de “nomeação” (KAMERS, 2006, p. 110).

Nem um papel de exclusividade referido às mulheres, nem uma função de anonimato; o bebê não prescinde da função de nomeação exercida por um adulto específico, seja mãe ou não, como nos ensinou Lacan. No entanto, aqui trabalharemos na perspectiva da mulher em sua relação com essa função.

Sobrepondo ao conceito/embrião/feto/recém-nascido a imagem de um bebê completo, ação na qual se apoia a antecipação de sujeito (LAZNIK, 1997), o olhar materno revela-se alhures na perspectiva que a medicina privilegia desde a modernidade na qual é reduzido a uma pretensa organicidade. A função materna vai no sentido oposto desse olhar biologizante, revelando-se incompatível com este e padecendo de seus efeitos.²⁵ Entre o olhar singular de uma mãe, ao qual somente ela poderá dar o testemunho e os atravessamentos culturais decorrentes dos diferentes discursos sobre o estatuto do bebê, diferentes perspectivas se revelam possíveis.

Tendo apontado, no capítulo anterior, a constituição do psiquismo como indissociável da questão do corpo, buscaremos aqui trabalhar na perspectiva das *condições de construção*

²⁵Nos pais, o caráter traumático das reduções embrionárias, entendidas pela medicina como prática corriqueira, exemplifica essa “confusão de línguas”. Saber que uma mulher “descartou” sua gravidez por meio de um aborto, por exemplo, não nos dá o direito de afirmar a priori “o que” ela “descartou”. A parte que se desprende de seu corpo não pode ser assimilada ao dejetivo biológico, a menos que ela o nomeie como tal.

do lugar de mãe para um bebê, em sua imbricação com o laço social. Essa ideia já encerra em si a afirmação de que o papel de mãe não está dado de antemão pela condição de ser mulher, constituindo-se, por um lado, na relação entre sujeito desejante e o discurso social, e por outro, no corpo-a-corpo erotizado entre mãe e bebê, uma vez que o filhote humano, de início, se apresenta como organismo a ser alçado à condição de sujeito psíquico (embora possa ser sujeito de direito) e que a mulher, por sua vez, não é *naturalmente* uma mãe. O bebê, como suposto sujeito psíquico, configura-se num espaço híbrido entre o mundo interno da mulher, o discurso social que os rodeia, no qual se nomeia o que/quem será considerado “mãe” e “bebê”²⁶, e do qual a mulher é *porta-voz*, como chama Aulagnier (1979), e o corpo de ambos. Tendo, no capítulo anterior, discorrido sobre a questão do corpo erógeno, iremos nos ocupar agora da relação entre subjetividade e discurso social, na consecução do papel maternal. Para tal, iniciaremos falando das diferentes perspectivas a partir das quais se pode pensar a constituição de um bebê (4.2. Constituir-se bebê para uma mãe), entre elas as que antecedem sua própria existência material, pois se configuram do lado da futura mãe, para depois buscarmos estabelecer relações com o discurso social (4.3. Corpo imaginado e discurso narcisista). A princípio nos utilizaremos dos conceitos de Aulagnier já citados, mas nos afastaremos deles na medida em que a clínica parece nos demonstrar sua limitação. Em seguida, levantaremos algumas questões sobre possíveis relações entre a maternidade, o laço social e o corpo sem restringi-las, contudo, às interpretações de causa e efeito. Ao final, discutiremos o estatuto do bebê, questionando a forma como a suposição unívoca de seu lugar de sujeito pode ter como efeito a patologização da mulher.

5.2 Corpo imaginado e os bebês

Aulagnier (1990) cunha o termo *corpo imaginado* para definir a imagem que as mães carregam em si, muito antes da concepção de cada criança. Tal imagem é referida à fundação do narcisismo dos pais, remetendo, portanto, aos pais dos pais e assim sucessivamente. Mesmo sendo um embrião ou um feto, o bebê é imaginado como completo:

²⁶Entendido aqui como sujeito de direito. Assim, um bebê recém-nascido no Brasil, severamente comprometido, tem direito aos cuidados que garantam sua sobrevivência, enquanto que na Holanda, segundo o Protocolo de Groningen, a possibilidade de fazer uma eutanásia está prevista para esse caso. Para mais informações consultar: VERHAGEN, E.; SAUER, P.J.J. The Groningen Protocol: Euthanasia in Severely Ill Newborns. *The New England Journal of Medicine*, Aug. 27, 2012. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058026>>.

(...) na maioria dos casos, o início da gravidez coincide com, ou acentua, a instauração de uma relação imaginária na qual o sujeito criança não é representado pelo que é na realidade, um embrião em vias de desenvolvimento, mas por aquilo que chamei alhures corpo imaginado, ou seja, um corpo já completo e unificado, dotado de todos os atributos necessários para isso. (...) é sobre essa imagem, suporte imaginário do embrião, que se despeja a libido materna. A fecundidade desta imagem é tal que, nos primeiros tempos da vida, vemo-la superpor-se à criança: não há necessidade de lembrarmos o tipo de cegueira com a qual toda mulher se inclina sobre seu recém-nascido, (...) (AULAGNIER, 1990, p. 13-14).

A capacidade de antecipação dessa unidade é condição necessária para que o bebê venha, por sua vez, a reconhecer-se como unidade corpórea no estágio do espelho. A criança vê no espelho sua imagem refletida como completa, embora experimente sensações caóticas, porque seus pais foram capazes de vê-lo previamente como unidade e retribuem esse olhar, como citado anteriormente.

Nem todas as gravidezes e partos, no entanto, são agraciados com esse olhar que vela o orgânico, e a psicanálise vem se dedicando a desvendar a natureza do desejo da mãe pelo bebê. Freud (1932), ao discorrer sobre a natureza desse desejo, numa interpretação cuja polêmica se arrasta até os dias atuais, ao colocar o bebê num lugar de destaque entre os objetos que poderiam satisfazer as mulheres, chega a considerar que se trataria *do* objeto por meio do qual elas encontrariam a saída edípica. Muito se tem dito sobre a incoerência dessa suposição, uma vez que o próprio Freud nos ensinou ser pulsional o objeto de satisfação; é, por definição, contingencial (GARCIA-ROZA, 2000, p. 92). Mas, segundo a suposição freudiana, o bebê seria *o* objeto que comutaria a falta na mulher, espécie de consolo privilegiado diante da irreparável inveja do pênis. Não é de se estranhar que as psicanalistas mulheres tenham sido as primeiras a contestar tal suposição, a começar pela célebre contraposição de Klein, quando da formulação da inveja do seio e da gestação. No que tange à relação mãe/bebê, Freud também encontrou dificuldade em se desvencilhar de outros mitos e tabus relativos ao tema, como nos mostra Stein (1988), em seu texto sobre *As erínias de uma mãe*, no qual discorre sobre a impossibilidade de o inventor da psicanálise cogitar o ódio materno, em contrapartida ao ódio filial constituinte, base na qual se apoia o complexo edípico. Passados mais de setenta anos desde a morte do inventor da psicanálise, vemos como esses tabus ainda geram discussões. Michele Benhaïm (2006, 2007) tem insistido na questão da ambivalência do amor materno como fator próprio de sua constituição, sem a qual essa relação se tornaria psicogênica. A autora se refere a uma ambivalência estrutural:

A hipótese da necessidade da ambivalência materna tem importância de um ponto de vista estrutural, isto é, como algo que necessariamente estrutura o amor materno, temperado pelo ódio, para autorizar a criança a se separar daquilo que a faz viver, mas que a levaria à morte se disto não se separasse (BENHAÏM, 2007, p. 39).

Alçado à condição de afeto necessário ao bom andamento da relação, o ódio materno quando aliado ao amor, revela que o bebê, como objeto de investimento libidinal, não foge das prerrogativas oferecidas a qualquer objeto eleito pelo sujeito, entre elas a ambivalência amorosa. O investimento amoroso da mãe em seus filhos, tão extraordinário aos olhos do senso comum e, em alguns momentos, aos olhos do próprio pai da psicanálise (STEIN, 1988), não escapa desse destino. Lacan cunhou a palavra-valise *hainamouration* (traduzível por ‘amórdio’ em português, mas com a sonoridade de enamoramento em francês) para descrevê-lo.

O amar e o devotar-se a um bebê nos acenam como reatualização de nós mesmos, envoltos que estão em promessas narcísicas reparatórias e provenientes das identificações que nos são mais caras, relativas a nossos pais. Como nos diz Freud (1914), em sua célebre descrição do amor dos pais pelo filho: “O comovedor amor parental, no fundo tão infantil, não é outra coisa que o narcisismo ressuscitado dos pais que, em sua transmutação ao amor de objeto, revela sua primitiva natureza” (FREUD, 1914, p. 108).

Para Lacan (1949), o narcisismo, a partir do qual Freud aponta emergir o amor parental, encerra em sua própria constituição uma rivalidade paranoica, pois esse outro do espelho, em que enlaçamos nosso amor, nos ameaça com sua inconsistência. O bebê não foge do lugar de amado e rival. Aulagnier contribuiu para essa discussão afirmando que:

É uma tautologia lembrarmos que todo objeto particularmente investido é ao mesmo tempo aquele cuja perda possível concretiza os sentimentos da angústia do sujeito. A existência deste risco será imputada ao objeto (...). Uma análise do desejo inconsciente da mãe pela criança mostrará *sempre* a participação de um desejo de morte e de um sentimento de culpa e a inevitável ambivalência suscitada por este objeto que ocupa, nesta cena, o lugar de um primeiro objeto perdido: retorno acompanhado dos afetos vivenciados por este primeiro objeto, cujo lugar ele vem ocupar agora (AULAGNIER, 1979, p. 110-111, grifo no original).

O ódio pelo *objeto investido* encontra-se dialeticamente inserido ao amor. Em decorrência dessa afirmação, é importante ressaltar as situações nas quais a relação da mulher com o produto da concepção não encerra amor tampouco ódio, pela própria precariedade ou inexistência de investimento no objeto.

Outra importante postulação teórica de Freud parece apresentar peculiaridades no âmbito da relação mãe/bebê ainda em seus primórdios. A descoberta de que investimento objetual e investimento narcísico (FREUD, 1914) funcionariam de forma inversamente proporcional não se aplica inteiramente a essa relação, durante a gestação/puerpério, embora não a contradiga. Aulagnier nos dirá que na gestação assistimos “não a um desinvestimento do narcisismo em favor da futura criança, mas a um sobreinvestimento narcisista daquilo que

é sentido como uma produção endógena, como algo que vem acrescentar-se ao próprio corpo” (AULAGNIER, 1990, p. 18), ou seja, na gestação, sujeito e objeto estão confundidos de tal forma, que a mulher, ao amar seu bebê, ama acima de tudo a si mesma, sem que haja perdas libidinais.²⁷ À medida que o bebê vai sendo visto como um outro separado dela, o investimento narcísico vai dando lugar ao objetal.²⁸ Vê-lo como um outro é condição para vir a conhecê-lo como sujeito não idêntico, mas semelhante.

Mas em que se baseiam tais competências maternas? O bebê ter sido visto antecipadamente como sujeito pela mãe, esta ver-se como imagem completa diante do espelho e, posteriormente, trocando de posição, vir a reconhecer em seu bebê a ilusão antecipatória de sujeito são posições que se estabelecem como um jogo de espelhos colocados frente a frente, reproduzindo infinitamente suas imagens, embora estas nunca sejam idênticas a uma suposta imagem original.

Vimos que, nos primórdios, um organismo investido libidinalmente pelo desejo materno, através dos cuidados corporais, constitui-se um corpo erógeno, que poderá vir a se reconhecer como imagem no estádio do espelho. Essa imagem inicial funda-se na alienação ao desejo materno. Ao longo do desenvolvimento, o sujeito deverá se separar dessa identificação maciça e buscar sustentar uma fala que o recoloca como sujeito desejante, diante do imperioso e suposto desejo materno, indecifrável. Tal sustentação apoia-se na possibilidade de a mãe suportar a frustração de seu desejo de ver coincidir o bebê sonhado, como resgate do Eu Ideal, com o bebê real. Nas situações em que essa posição não pode ser sustentada pela mãe (caso da mãe do psicótico), o que está em jogo, segundo Aulagnier, é que ela continua a reivindicar “que eu possa ter o que eu era” (AULAGNIER, 1979, p. 118), ou seja, ter um bebê como meu Eu Ideal, ou *ter-se*.

Da capacidade materna de suportar a castração, que o reconhecimento do estranho encerra, decorre a possibilidade de o bebê vir a desejar em nome próprio, inclusive vir a desejar ser mãe, como a própria mãe. Aulagnier (1979) descreveu esse processo identificatório, ligado ao complexo edípico nas mulheres, como uma série de deslocamentos nos quais:

²⁷É interessante notar que, no acompanhamento a gestantes, costuma-se observar uma diferença considerável de disposição nos três trimestres da gestação, sendo o segundo considerado o auge da energia da mulher. O primeiro, por ser mais insipiente em termos de evidência do “objeto endógeno”, e o terceiro por encerrar um certo luto diante da separação que se aproxima, justificariam em parte essas diferenças.

²⁸Processo comumente perceptível durante o período que se convencionou chamar de *baby blues*, como um luto benigno.

(...) ser objeto do desejo da mãe (torna-se)

- ➔ ter um filho da mãe,
- ➔ tomar o objeto de desejo da mãe,
- ➔ ser o objeto do desejo do pai,
- ➔ ter um filho do pai,
- ➔ dar um filho ao pai (AULAGNIER, 1979, p. 115).

O desejo por um filho decorreria de uma promessa de reparação da impossível realização do desejo de ser o objeto do desejo da mãe, o falo que comutaria a falta materna, da qual derivam os verbos ser/ter/dar. O conjugação final revela ser a cena incestuosa pai e filha, decorrente do deslocamento das frustrações anteriores, o motor que, como as demais aspirações incestuosas, deve ser recalcado, do desejo por um filho a partir do Édipo. Cabe aos pais da criança sustentarem diante dela que esse desejo jamais se concretizará, sob pena de que, na vida adulta, a mulher não possa vir a ser mãe, caso se sinta ameaçada pela concretização dessa fantasia. “A repressão bem realizada de sua própria sexualidade infantil” é uma das características que Aulagnier (1979) supõe imprescindível na mãe.

O desejo por um bebê está enraizado na própria constituição do psiquismo e na assunção do sujeito desejante. Lacan (1949/1998) diferencia a identificação imaginária do sujeito, na qual ele se aliena no olhar do outro materno para constituir seu Eu, como sendo da ordem do Eu-ideal, enquanto que as identificações relativas ao Édipo seriam da ordem do Ideal do Eu. No entanto, entre o bebê do desejo inconsciente (narcísico e edípico, ou dito de outra forma, do Eu ideal e do Ideal do Eu) e a gestação, não há vasos comunicantes. Sabemos que a gravidez não é capaz, por si só, de garantir o deslocamento do investimento libidinal materno para o feto..., embora seu apelo erógeno frequentemente o faça.

Um exemplo extremo desse apelo é perceptível nos casos de mulheres que, ao sentir os primeiros movimentos fetais, declinam da possibilidade de fazer um aborto legal, o qual pleiteavam até então, por tratar-se de bebê organicamente inviável (SETÚBAL et al., 2005).²⁹

²⁹ A experiência corporal, no caso da movimentação de anencéfalo, serviu para que essas mulheres se envolvessem com seus bebês de tal forma que, mesmo sabendo da inviabilidade de sua existência como bebês (posto que não há cérebro), mantiveram a gestação até o final, na esperança de encontrar o bebê sonhado. Dessa forma, a libido da mulher se desloca para o objeto mesmo que ele não lhe sirva de suporte real, a partir dos movimentos fetais.

Pensemos nos vários bebês³⁰ aqui descritos, os quais denominaremos:

- *do discurso social*, que define o que é um bebê para uma dada cultura;
- *narcísico*, que queríamos ter sido, relativo ao Eu Ideal;
- *edípico*, que queríamos dar aos nossos pais, relativo ao Ideal de Eu;
- *imaginado*, com o qual a mulher³¹ pode devanear conscientemente;
- *real ou orgânico*, sobre o qual se apóiam os demais e, por último,
- *sujeito*, aquele que almejamos que venha a se constituir como tal, estruturando-se a partir das reduções impostas pelos anteriores, mas necessariamente ultrapassando-as. Como se relacionariam entre si?

Embora os três primeiros *bebês* descritos (*narcísico*, *edípico* e *imaginado*) façam parte da subjetividade de qualquer sujeito que tenha passado pelo Édipo, *uma* mulher elegerá *um* bebê, *não qualquer* bebê, como depositário de seu investimento libidinal tornando-se mãe *para esse* filho. Ou ainda, uma mulher elegerá *outro objeto* no seu lugar, uma vez que os deslizamentos simbólicos a que estão submetidos os objetos do desejo não deixam que interpretemos o bebê como uma escolha inequívoca da mulher. Com sorte, o *bebê real* servirá de suporte para esse investimento, no mínimo sobrevivendo. Ainda assim, cabe ressaltar que mesmo quando a concepção é investida libidinalmente pela mulher, o bebê real, ainda que saudável, não pode nem deve, ao longo de seu desenvolvimento, ser confundido com as expectativas presentes nesses objetos do mundo interno, como nos diz Sophie de Mijolla-Mellor:

Para o inconsciente, ela (a criança), não é uma pessoa potencial, mas já bem real, *herdeira dos desejos que datam da infância e portadora do traço daqueles de quem os próprios pais foram objetos em seu tempo e assim por diante, remontando as gerações*. Todavia, este espaço potencial reservado, à espera de realização sofre também uma mutação quando lhe é enfim permitido abraçar a realidade fisiológica de um embrião iniciante. O desejo por um filho, então, à medida que visa também uma criança real que vai nascer, contém o obscuro saber de que ela será um outro, imprevisível, talvez decepcionante (MIJOLLA-MELLOR, 2004, p. 28, grifo nosso).

³⁰Serge Lebovici (1998) discriminava cinco representações do bebê: imaginário, fantasmático, narcísico, cultural e real. Sendo, respectivamente: das fantasias conscientes da mãe, das fantasias inconscientes da mãe, do narcisismo materno, que se relaciona com a cultura da mãe, da corporalidade real. Buscamos aqui destacar a questão cultural e incluir o sujeito que virá a se formar.

³¹O bebê imaginado pela mulher costuma sofrer grandes modificações pela evidência da gestação. Saber o gênero, experimentar as mudanças corporais da gravidez pode servir para que o bebê imaginado tome a frente, mesmo que antes da gestação o investimento nessa imagem fosse quase nulo. A clínica nos ensina a evitar interpretações apressadas de que a gestante é tomada, investindo muito no bebê imaginado ou seu oposto, como prognósticos de normalidade ou doença, respectivamente.

Nesse ponto, a autora se refere ao inevitável desencontro entre o bebê que nasce e o que é esperado pela mulher, uma vez que a estranheza daquele (LAJONQUIÈRE, 2009) é condição para que esta venha a permitir-lhe que se constitua como um outro sujeito e que não seja uma simples extensão de seu narcisismo. O desejo da mãe pelo bebê, que lhe é estranho, está articulado à questão da falta, seja pela suposição de que ele a tamponaria, presente na suposta saída que Freud oferece ao Édipo feminino, seja pela interpretação oposta, na qual ele a confirmaria, no reconhecimento lacaniano do engodo do objeto fálico. Como nos diz Benhaïm, “são muitos os conceitos articulados na relação da mãe com a sua falta, ou seja, com o que vai constituir a marca de seu desejo para a criança” (BENHAÏM, 2006, p. 75).

Retomemos a questão anterior da constituição do papel materno para apontar algumas possibilidades, supondo que haja um recalque suficientemente eficiente³² por parte da mãe: podemos citar as mulheres que desejam ter filhos, não têm comprometimentos físicos, nem tampouco seus companheiros o têm, mas que se veem impedidas de assumir esse papel em função de fantasias inconscientes. Vários são os casos descritos na literatura psicanalítica, nos quais o processo analítico foi capaz de modificar tais quadros. Podemos também citar outros tantos nos quais as mulheres se sentiram ou foram coagidas a se tornar mães, sem que esse gesto correspondesse a um desejo genuíno pela criança (temos aí desde concepções por violência sexual até gestações nas quais o desejo dizia respeito a outros objetos, como heranças, manutenção do vínculo amoroso com o companheiro, status...). Muitas vezes, o psicanalista comparece em cena para ajudar o sujeito a formular seu desejo e para ajudar o bebê a encontrar um lugar de pertencimento, posto que o tempo deste nesses primórdios urge. Frequentemente a possibilidade de reconhecer a verdade sobre a origem da criança junto a um terceiro paradoxalmente acaba por criar laços antes inimagináveis³³, embora seja importante deixar claro que não cabe ao psicanalista julgar as escolhas que a mulher venha a fazer quanto a seu lugar junto ao bebê, mas permitir que ambos sejam assistidos. Também temos as situações nas quais os casais ou a mulher têm impedimentos orgânicos e adotam bebês ou, inversamente, as que os doam. São muitas as combinações possíveis dessa relação de escolha e investimento que a clínica nos apresenta, no entanto nos deteremos na questão do discurso social, ou seja, o lugar no qual estão inseridos os elementos acima descritos. Aulagnier para tal discrimina dois âmbitos do discurso social:

³²Não abordaremos aqui situações na qual a mulher insiste em manter o bebê no lugar de comutador da falta, lugar psicogênico, usando-o para encobrir sua psicose latente, como tão bem descrito por Aulagnier (1979).

³³Como no caso descrito por Moro, que citaremos em seguida.

O estado infantil faz com que, entre a psique singular e o meio psíquico ambiente, um micro-meio – o meio familiar – venha servir de elo intermediário e seja, num primeiro momento, percebido e investido pela criança como metonímia do todo. Este minúsculo fragmento do campo social torna-se, para ela, o equivalente e o reflexo de uma realidade da qual ela só descobrirá as características diferenciais no curso de uma série de elaborações (AULAGNIER, 1979, p. 105).

Desse modo, temos o discurso social mais amplo (meio psíquico ambiente) e o núcleo familiar (micromeio), que o inclui, mas o ultrapassa e que os pais *supostamente* representariam perante o bebê. Supostamente, pois temos desde pequenos distensões até fraturas inconciliáveis entre estes discursos, as últimas exemplificadas nas patologias mais graves (AULAGNIER, 1979). Sobre o *bebê do discurso social* falaremos a seguir.

5.3 Contrato narcisista e o *bebê do discurso social*

Corpo imaginado e ilusão antecipatória de sujeito dizem respeito ao corpo da imagem especular, unidade ficcional fundando o Eu e permitindo à mãe desempenhar ações interpretativas, que alçam as descargas motoras e vocalizações do recém-nascido ao patamar de demanda. Cabe lembrar que a ideia de corpo imaginado não se refere a antecipar no embrião aquilo que depois será um bebê completamente formado. Trata-se de ver um bebê completo, não apenas em termos anatômicos, o que ocorrerá ao longo da gestação, mas de estabelecer uma imagem indissociável da ideia de sujeito, uma imagem narcísica, referida a um Eu (potencial, futuro) reconhecido alucinatoriamente como desde já presente. Além da imagem de completude, o bebê deverá ser reconhecido como fazendo parte de uma cadeia significativa, na qual seja reconhecido seu lugar de pertencimento no grupo social. Então ele “será a cara do pai” ou “chorão como a mãe”, “movimenta-se como uma bailarina”, “é bravinho” estabelecendo, assim, uma sucessão de enlaces que o articulam aos significantes que o precedem. Uma das importantes contribuições de Lacan (1949/1998) foi de mostrar a instabilidade do suporte da construção egoica que se instala, a partir de uma imagem sempre passível de se despedaçar. Nas palavras de Quinet:

Freud revolucionou a subjetividade ao mostrar que o Eu não é senhor na sua própria casa, e Lacan desfez a ilusão de totalidade, a pretensão de síntese e a miragem da unidade do eu, mostrando que o eu é – antes de mais nada – outro (QUINET, 2012, p. 8).

A imagem que unifica o bebê aos olhos da mãe também corre o risco de ser esfacelada pela dura realidade das anomalias fetais, por divergências com o discurso no qual foi tecida, pela ambivalência do desejo, mas também pelo fato de que a própria imagem, associada por Lacan ao *Eu Ideal*, que funda o Eu, se revela desde sempre uma ficção. Como o autor nos diz:

(...) o ponto importante é que essa forma (Eu ideal) situa a instância do eu, desde antes de sua determinação social, numa *linha de ficção, para sempre irreduzível para o indivíduo isolado*, ou melhor, *que só se unira assintoticamente ao devir do sujeito*, qualquer que seja o sucesso das sínteses dialéticas pelas quais ele tenha que resolver, na condição de [eu], sua discordância de sua própria realidade (LACAN, 1998, p. 98, grifo nosso).

A antecipação de sujeito no olhar materno baseia-se numa ilusão que precisa ser sempre reafirmada, sob pena de sucumbir à experiência de incompletude e de despedaçamento que lhe subjaz e da qual busca, incessantemente, se defender. Podemos citar os casos nos quais a gestante, diante do diagnóstico de anencefalia de um embrião a quem supunha, até então, sujeito e na qual investia sua libido ansiando por ter seu filho, passa a se deparar com a inviabilidade orgânica do feto, num processo de luto cujo desinvestimento do objeto nem sempre coincide com a cronologia dos acontecimentos.³⁴ Também acompanhamos gestantes para quem a maternidade mostrou-se promissora, a princípio, para depois revelar-se insustentável diante do discurso familiar, situação na qual o investimento sobre a gravidez pode recuar.³⁵

Aulagnier (1990), ao explicar a construção do corpo imaginado, dirá que ela se apoia na possibilidade de a mãe “simbolizar seu discurso em torno de um significante correspondente à ordem humana na qual ela se insere”, que ela denomina “*dimensão histórica materna*” (AULAGNIER, 1990, p. 15). A ordem simbólica é descrita por Aulagnier (1979) na ideia do *contrato narcisista*:

O contrato narcisista tem como signatários a criança e o grupo. O investimento da criança pelo grupo antecipa o investimento do grupo pela criança. (...), desde sua vinda ao mundo, o grupo investe o *infans* enquanto voz futura, da qual será solicitada repetir os enunciados de uma voz morta e garantir assim a permanência qualitativa e quantitativa de um corpo que se auto-regenera de maneira contínua (AULAGNIER, 1979, p. 151).

³⁴Sugerimos o excelente documentário: “O aborto dos Outros” no qual uma mulher em pleno trabalho de parto, *ciente* de que se tratava de um aborto induzido, pois seu bebê recebera o diagnóstico de anencéfalo, revela suas dúvidas e suas esperanças de encontrar um bebê saudável, demonstrando que o corpo imaginado se impunha sobre a realidade do feto.

³⁵Como exemplo, citamos um caso por nós atendido, a ser publicado, de hiperêmese gravídica: uma mulher casada, e que até então se mostrava desejosa de ter seu bebê, decidiu abortar porque, ao anunciar sua gravidez à mãe, esta reagiu histericamente.

Dessa forma, o corpo do bebê é reconhecido pelo corpo social que o produz, o que equivale a dizer que é reconhecido no registro do simbólico, corpo marcado pelo significante. A mãe é representante, perante o bebê, de algo maior que a inclui e ultrapassa, um discurso do qual ela é porta-voz para ele. Por porta-voz Aulagnier entende:

(...) a função atribuída ao discurso da mãe, na estruturação da psique: porta-voz no sentido literal do termo, pois é a esta voz que o *infans* deve, desde seu nascimento, o fato de ter sido incluído num discurso que, sucessivamente comenta, prediz, acalenta o conjunto de suas manifestações, mas porta-voz também no sentido do delegado, de representante de uma ordem exterior cujo discurso enuncia ao *infans* suas leis e exigências (AULAGNIER, 1979, p. 106, grifo no original).

Ser incluído no discurso implica que a ordem simbólica outorga aos pais o lugar de seus representantes perante o bebê, de forma que o lugar que este ocupa no discurso do meio lhe servirá de primeiro suporte para a construção do Eu, mas também de modo que será representado pelos pais junto ao meio social. Quanto ao contrato narcisista, Aulagnier acrescentará que:

A relação entre o casal parental e a criança leva sempre o traço da relação do casal com o meio social que o cerca (o termo remete, segundo a problemática particular do casal, a sociedade no sentido amplo ou ao subgrupo cujos ideais são partilhados pelo casal).

O discurso social projeta sobre o infans a mesma antecipação própria ao discurso parental: bem antes do novo sujeito estar lá, o grupo pré-investirá o lugar que ele supostamente ocupará, na esperança de que ele transmita, de forma idêntica, o modelo sócio-cultural (AULAGNIER, 1979, p. 146).

Não se trata de uma identidade entre o meio psíquico ambiente e o micromeio familiar, o que faria supor que os pais operariam uma simples reprodução do discurso social para o bebê, afirmação que a observação clínica não corrobora. Como exemplo temos os casos de luto perinatal, nos quais se observa uma verdadeira *confusão de línguas*, como descrito por Ferenczi (1933), entre o que algumas mães veem diante de um aborto de primeiro trimestre de gestação (algumas mães fazem um luto de filho) e o que o entorno é capaz de reconhecer (a perda de um dejetto). Entendemos, portanto, que a “mesma” a qual a autora se refere diz respeito à antecipação, ou seja, atribuir ao embrião/conceito... o estatuto de sujeito. Mas lembremos autores anteriormente citados que, entre outros não mencionados, atribuem ao olhar materno nesses primórdios uma peculiar característica de estar um tanto *fora da realidade* (FREUD, 1914; WINNICOTT, 1956; MIJOLLA-MELLOR, 2004; AULAGNIER, 1990), ou seja, uma certa *loucura* observável nas mães revela que, frequentemente, são elas as que primeiro veem um sujeito onde ainda não há de fato. No entanto, no caso de Carla, é o entorno que lhe oferece primeiramente essa suposição; é um caso em que poderíamos

interpretar ter o hospital funcionado como o terceiro que garantiu a interdição da fantasia incestuosa ou como lugar de identificação? Talvez.

Caberia então pensar que, entre esses discursos, ocorre um movimento de retroalimentação, no lugar da imagem de causa e efeito que a fala de Aulagnier poderia fazer supor?

Resistimos, no entanto, à tentação de estabelecer relações unívocas entre os discursos, mantendo aberta a questão, pois a clínica tem nos revelado diferentes combinações possíveis, na qual a ideia de que o reconhecimento parental decorreria do discurso social não nos parece dar conta dos fenômenos observáveis.

Podemos nos remeter, por exemplo, ao famoso caso descrito por Michele Mathelin (1999) em UTIN, no qual uma mãe afastada dos primeiros cuidados de seu bebê prematuro recusou-se a assumi-lo quando da alta da criança. Investida anteriormente como gestante e reconhecida pelo entorno como mãe desse bebê, mas preterida pela equipe nos primeiros cuidados, essa mulher se recusou a levar seu filho para casa, ao final do tratamento, o que levou a um mal-estar na equipe e que culminou com o apelo à psicanalista, sob o argumento de que a mãe seria louca ou má.³⁶ Como dissemos anteriormente, a construção da função materna não prescinde do contato corporal que libidiniza mãe e filho, e a obstacularização desse contato pode vir a desfazer laços anteriormente investidos, de forma que o discurso social não tem força inequívoca de organizador dessa função. Atribuir às mulheres a maternidade junto a um bebê, sem considerar as condições acima descritas para exercê-la, a saber, libidinação do corpo do bebê, reconhecimento no laço social e assunção do desejo, é ignorar a construção da parentalidade nos primórdios do nascimento, que, a princípio, aproximamos da imagem de um tripé, sem que possamos definir até o momento uma prevalência de um dos vértices. De forma que, seja pelo corpo erógeno, pelo discurso ou pelo desejo, supomos qualquer uma das extremidades pode funcionar como disparador da maternidade, desde que as demais sejam minimamente garantidas.

Outra questão que o texto de Aulagnier nos coloca: se o discurso social também opera a ilusão antecipatória de sujeito, prerrogativa da função parental, de que sujeito se estaria tratando? Em tempos de destituição subjetiva decorrente dos laços sociais instituídos a partir do discurso do capitalista (baseados em relações de objeto de consumo e não de sujeitos), como sustentar essa suposição? Ou melhor, como sustentar a ilusão antecipatória de sujeito

³⁶Esse acontecimento culminou com a introdução da psicanalista no serviço da unidade de tratamento, que passou a se ocupar tanto das mães e bebês quanto da equipe, posto que se tratava de escutar a relação possível entre os diferentes discursos.

psíquico, que venha a se constituir como sujeito *desejante*, quando o que se tem priorizado é a sobrevivência do organismo dos bebês e a eficiência técnica dos pais, comparados a puericulturistas? Quando Mathelin (1999) começa seu trabalho junto às equipes da UTIN, o faz no sentido de introduzir a questão da sobrevivência do sujeito desejante em oposição à ênfase na sobrevivência do organismo, a qualquer custo, ao mesmo tempo em que tenta *manter vivo o desejo* das mães por seus bebês internados, *desejo que não prescinde do contato corporal*.

Ser falado pelos “outros” implica muitas diferentes vozes, por vezes dissonantes. Como nos diz Moro (2005), em seu comovente relato do atendimento de uma jovem refugiada africana, que havia acabado de ter seu bebê, numa gravidez decorrente de um entre vários estupros sofridos durante a guerra. Comentando Lebovici nos diz:

Observa-se aqui o trabalho de um mecanismo fundador da constituição precoce do eu da criança, que Lebovici defendeu muito cedo, desde 1961: a reciprocidade do investimento entre a mãe e a criança faz com que, se a mãe é investida, esse investimento tem sobre ela um efeito que, por sua vez, modifica a vivência da criança (MORO, 2005, p. 267).

Em seu texto, a autora usará a expressão de Lebovici – *árvore de vida* – para falar do mandato transgeracional no qual estamos inseridos. Nas palavras do autor citado por Moro :

Cada um de nós é portador de um mandato transgeracional: podemos dizer que nossa “árvore de vida” mergulha suas raízes na terra molhada pelo sangue que os ferimentos provocados pelos conflitos infantis de nossos pais fizeram correr. Entretanto, essas raízes podem deixar a árvore de vida desabrochar quando elas não estão escondidas nas profundezas da terra e portanto inacessíveis. Em geral, e isso é bom, a filiação, marcada por conflitos neuróticos, não interdita os processos de afiliação cultural (LEBOVICI, 1995b, apud MORO, 2005, p. 263, grifo no original).

A filiação parental emerge da cultural sem, contudo, ser-lhe idêntica, embora sendo *sempre* a ela referida, não podendo ser pensada fora da relação que estabelece com *a antecipação sujeito culturalmente aceita* em todas as instituições sociais das quais os pais fazem parte. Portanto, o inverso da citação de Lebovici deve ser considerado, qual seja, a filiação cultural (reconhecimento social da filiação) pode interditar a filiação parental, impedindo que a suposição de sujeito seja sequer imaginável, posto que se trata de uma convenção. Com isso busca-se salientar o fato de que o próprio estatuto do bebê não está dado de antemão, podendo ou não vir a ser reconhecido por esta ou aquela mulher/mãe. Não se trata apenas de identificar facilidades ou entraves na sua assunção devido a questões pontuais deste ou daquele grupo de que os pais se originam, mas *que o próprio estatuto do bebê é uma convenção que atravessa todo o campo do discurso familiar e transgeracional, antecede-o e o*

ultrapassa. Para além e para aquém das terríveis mazelas das gravidezes como arma de guerra (estupros sistemáticos para desestabilizar o laço social do inimigo), de uma avó enfurecida diante do crescimento da filha, de uma gravidez transgressiva ou organicamente inviável, propomos pensar que depende de um certo consenso quando e como um embrião pode ser alçado à condição de sujeito, nunca inteiramente livre de alguma dose de polêmica, mesmo nas culturas estáveis³⁷ e que ignorar esse fato é naturalizá-lo. Com isso, pretendemos apontar para o fato de que a ilusão antecipatória de sujeito deve ser pensada tanto no âmbito dos pais para o bebê, quanto no âmbito da cultura, que outorga a cada bebê um lugar de sujeito ou não, antes mesmo da concepção. Sem isso em mente, corremos o risco de subentender que todo embrião/feto/recém-nascido corresponda a um suposto sujeito e que, a partir daí, bastaria à gestante/parturiente exercer a função materna.

Ainda que um determinado grupo, ao longo da história, reconhecesse *todo* embrião/feto/recém-nascido como correspondendo a um sujeito³⁸, ainda assim seria necessário salientar não se tratar de um fato correlativo a qualquer competência de caráter biológico que se pudesse identificar no organismo do bebê, mas de uma qualidade socialmente atribuída, posto que *sobre a dado biologia a humanidade só faz interpretar* (HÉRITIER, 1996). Elencar as competências do feto em útero não nos livra do desamparo simbólico no qual o filhote humano nasce e do qual só será alçado, com sorte, pela função parental. As situações nas quais isso não ocorre tampouco podem ser estudadas como índice de patologia, porque temos (só para citar o exemplo mais corriqueiro) o aborto eletivo como uma possibilidade³⁹ fora dela. Propomos, então, que se dê consequência à descoberta psicanalítica de que, a princípio, não existem bebês (sujeitos), mas que, sob determinadas condições tanto culturais quanto subjetivas, um conceito/embrião/feto/recém-nascido pode vir a ser alçado a tal condição. Não seria esta a fala de Winnicott (1960, p. 40), quando diz: “there’s no such thing as a baby”⁴⁰?

Quanto à época atual, embora nunca tenha havido um período no qual todo tecido social compartilhasse de uma visão única sobre a natureza dos bebês, tampouco se viveu até então tempos tão alarmantemente insólitos: diferentes instituições sociais expressam

³⁷Voltaremos a esse tema quando citarmos a polêmica do infanticídio nas culturas estáveis.

³⁸E ainda assim, como dito anteriormente, cabe definir a que sujeito o discurso, *em nome do bebê*, pode estar se referindo.

³⁹Poderíamos entrar neste momento numa discussão sobre os limites da idade gestacional para a consecução do aborto, mas isso só provaria o caráter contingencial desses limites. Para se ter uma ideia de como estamos longe de um consenso, podemos citar o polêmico artigo sobre “aborto pós-parto”, proposto por dois filósofos (GIUBILINI; MINERVA, 2012), que recentemente sacudiu os meios acadêmicos a ponto de o editor do *Journal of Medical Bioethics*, no qual foi publicado, vir a público pedir desculpa pela polêmica levantada.

⁴⁰Frase pronunciada por Winnicott em encontro na Sociedade Britânica de Psicanálise Britânica.

diferentes vozes sobre o assunto, compondo um coro dissonante. Se à mãe cabe o papel de porta-voz, qual dentre tantas vozes ela portará? Nosso alerta se dá no sentido de não tomar essas “partituras” como sagradas escrituras, vindas diretamente das mãos dos deuses, mas no de deixar bem claro de onde partimos, como psicanalistas, quando nos referimos aos bebês, sob pena de não entendermos de onde pode estar partindo o olhar da mulher que nos procura em busca de ajuda. Nesse sentido, concordamos com Moro quando afirma:

Em nome de uma *universalidade vazia e de uma ética reducionista*, nós não integramos essas lógicas complexas, sejam elas sociais ou culturais, em nossos dispositivos de prevenção de cuidados e em nossas teorizações. Nós nos interrogamos raramente sobre a dimensão cultural da parentalidade, mas sobretudo nós não consideramos que essas maneiras de pensar e de fazer são úteis para estabelecer uma aliança, compreender, prevenir, tratar. Nós estimamos sem dúvida que a técnica é nua, sem impacto cultural, e que é suficiente aplicar o protocolo para que o ato seja corretamente realizado (MORO, 2005, p. 260, grifo nosso).

Gostaríamos, então, de estabelecer algumas relações possíveis entre a antecipação de sujeito que uma mulher realiza junto *aos* embriões e a *um* embrião, a antecipação de sujeito, presente na fala de seu grupo de pertencimento e a totalidade dos discursos dos quais essas falas advêm. Se insistimos em diferenciar *os* embriões/fetos/recém-nascidos de *um* embrião/feto/recém-nascido, o fazemos obviamente porque de um lado existe um espaço considerável entre o proferido sobre os bebês em geral, pelo qual se definiria genericamente o que se entende por bebê (ideia que pode ser compartilhada ou polemizada) e, de outro, a ideia que se faz *deste* ou *daquela* bebê concebido em determinadas condições por um determinado casal.⁴¹ A título de exemplo, a lei do aborto no Brasil diferencia os bebês a partir das condições de concepção, entre outros critérios. Segundo a questão estrita da concepção, aqueles que são fruto de relação sexual não consentida (estupro, sedução de incapaz), embora possam ser organicamente viáveis, passam a ter seu estatuto de sujeito potencial definido segundo o desejo da mulher de conceder-lhes ou não esse lugar.⁴² Ainda assim, embora a lei garanta o direito de escolha à mulher, sua autonomia de fato esbarra em dificuldades, seja

⁴¹Pensem nas gravidezes, nas quais frequentemente um bebê = seu bebê, mas também nas adoções, nas quais as mulheres escolhem *um* bebê de outrem para vir a ser *seu* bebê, e ainda nas entregas em adoção nas quais o inverso ocorre, qual seja, *um* bebê ≠ *seu* bebê, entre outros exemplos.

⁴²Nesse sentido, entendemos como coerente a posição da Igreja de ser contra todo tipo de aborto, pois o estatuto de sujeito para essa instituição é dado pela concepção, independentemente das condições de violência em que se concebeu, dos riscos para a saúde física ou mental da mulher, ou ainda da inviabilidade orgânica do feto (três situações recém-contempladas pela lei brasileira). Se desde sempre há sujeito, toda interrupção da vida será homicídio. Só o argumento inequívoco de que o Estado brasileiro é laico e, portanto, deve gerir os interesses do cidadão independentemente do poder da Igreja, nos parece relevante. Discutir se esta *deve* mudar de posição, julgar o mérito de suas crenças faz supor que precisaríamos de sua concordância, ou seja, fere o sentido próprio da laicidade do Estado e ignora que se trata de outros pressupostos, por vezes irredutíveis. Isso não impede que consideremos movimentos progressistas da igreja como uma grande contribuição para a causa feminina pelo direito de decisão das mulheres.

porque é coagida a não fazê-lo (pelas **vozes** familiares, ou religiosas...), seja porque se depara com entraves burocráticos para realizá-lo, que revelam a falta de coesão no discurso das instituições sociais.

A questão que nos colocamos, portanto, refere-se a como o olhar da coletividade, que subjaz as duplas mulher/embrião X mãe/bebê, pode ser incluído na clínica psicanalítica com mães e bebês, para além de uma reiterada constatação de que é importante. Qual a relação entre a suposição de sujeito que a cultura faz, diante de embrião/feto/recém-nascido, e a suposição que os pais fazem? Aulagnier nos dá uma contribuição nesse sentido, quando fala do *contrato narcisista*. Segundo a autora:

Pouco poderia ser dito sobre o efeito da palavra materna e da paterna se não levássemos em conta a lei à qual elas estão submetidas e o discurso que as impõe. O contrato narcisista nos confronta a um *último fator* que age sobre o modo de investimento do casal sobre a criança (AULAGNIER, 1979, p. 146, grifo nosso).

O contrato narcisista é o último fator abordado na primeira parte de seu livro *A violência da Interpretação* (AULAGNIER, 1979, p. 146-154), embora seja, de fato, o *primeiro fator da constituição do Eu*, visto que o discurso social antecede o sujeito e o ultrapassa. De um lado, temos a mãe, com seus desejos, que remontam ao complexo edípico, suas identificações e seu fantasma, que a impelirão ou não na direção da eleição do bebê como objeto privilegiado e investido. Este, como todo objeto eleito, é sempre contingencial.⁴³ De outro, teremos o discurso social, suas determinações e leis (implícitas ou explícitas; de direito e de fato, como no caso citado do aborto no Brasil), que outorgam *aos bebês e a cada bebê específico* um lugar de reconhecimento como indivíduo e determinando *quem seriam os pais de bebês ou de um determinado bebê*.⁴⁴

De forma que temos um embrião/feto... e as inúmeras combinações possíveis que promoverão ou impedirão que ele seja visto como sujeito pelo grupo social (com todas as suas vozes dissonantes), pelo casal (cujos integrantes não estarão, necessariamente, de acordo), por ambos ou por nenhum.

Se restringirmos a questão da antecipação de sujeito ao nível da relação mulher/embrião X mãe/bebê, desconsiderando que “o discurso social projeta sobre o *infans* a mesma antecipação que a antecipação própria ao discurso parental” (AULAGNIER, 1979, p.

⁴³Embora Chatel (1995) afirme que toda *gestação* responde a um desejo, não teríamos como afirmar que se trataria do desejo de filho. A própria gestação pode ser objeto de desejo em si, independentemente do desejo que dela decorrer de ter o filho.

⁴⁴Vem-nos à memória o exemplo do direito romano, que oferece ao pai o privilégio de definir o estatuto do filho. Ele só serve para ilustrar o fato de que esses lugares nunca estiveram ou estarão garantidos pela evidência biológica.

p. 146), *corremos o risco de supor que o estatuto do bebê estaria dado de antemão, como consenso, cabendo à mulher apenas reconhecê-lo, ideia da qual se depreende a afirmação de que haveria “O” bebê. E ainda pior, de deduzir daí que, se a gestante/puérpera não estabelece a ilusão antecipatória de sujeito, estaríamos necessariamente no campo da patologia.*

Vale ressaltar que a frase de Aulagnier citada acima pode fazer supor que entre a antecipação do discurso social e do discurso parental haveria uma identidade. Mas, como dissemos, nem sempre o discurso social coincide com o parental, sendo a clínica o lugar privilegiado no qual a divergência entre esses discursos se faz revelar por meio do sintoma, das atuações, das passagens ao ato e das escolhas do sujeito, nem sempre fáceis.

Em vários casos de aborto e de infanticídio eletivos⁴⁵, as mulheres permanecem vendo embriões/fetos/recém-nascidos, o que lhes permite decidir sobre a assunção ou não ao papel materno, sem que, contudo, possamos falar de patologia.

Não foi com outra intenção que percorremos a questão do estatuto da mulher e do bebê ao longo da história e as questões da corporeidade senão a de contextualizar historicamente o espaço no qual uma mulher pode vir ou não a exercer a função materna para um bebê, transformando organismo em corpo erógeno. Então, temos que o bebê é tirado do limbo da organicidade, a partir da conjunção de um certo consenso social, do desejo dos pais e de suas próprias competências. São condições que estão sujeitas a transgressões e divergências entre si.

Os discursos sociais devem ser pensados tanto no âmbito das instituições sociais quanto no da especificidade da família, na qual eles já sofreram transcrições, acréscimos e distensões. Do núcleo familiar também teremos novas transcrições e assim, sucessivamente, para o casal, chegando à mulher e suas questões narcísicas, edípicas e identificações, a partir das quais ela estabelece a primeira relação com o bebê.

Ao discutir casos clínicos, devemos tomar cuidado em não nos restringir às questões transgeracionais, ou seja, àquelas do discurso familiar, do segredo intrafamiliar e tampouco às intrapsíquicas, mas devemos buscar ampliar nossa visão incluindo a forma como o discurso social imprime sua marca nessas questões. É com tal proposta em mente que pretendemos

⁴⁵Cabe aqui uma ressalva sobre a questão da escolha. Abortos e infanticídios, mesmo em culturas nas quais são prática legalmente reconhecida, nem sempre são realizados com a concordância da mulher. Acreditamos que, ao discutir a ética de tais gestos em diferentes culturas, não podemos nos esquecer de contemplar o lugar do desejo da mulher. Nenhum aborto ou infanticídio é feito sem custo social e pessoal, mas os que respondem aos anseios do casal e dos quais há reconhecimento social (de fato e/ou de direito) podem ser vividos com alívio. Assim, o aborto, que é ilegal no Brasil, mas praticado em escala alarmante, responde tanto às coerções sociais quanto ao genuíno desejo da mulher, e o infanticídio, por sua vez considerado legal em algumas culturas indígenas, pode responder tanto a coerções quanto ao desejo da mulher e ou do casal.

introduzir a discussão do caso de Carla, reconhecendo que a escolha desse recorte deixará necessariamente as motivações pessoais da paciente num segundo plano.

6 CONCLUSÕES

A obra surge, quem sabe, na esperança de tentar restaurar no sujeito o desequilíbrio que o discurso do Outro produz. Contudo, se ela tem sucesso e faz jus a alguma dimensão de beleza, reafirma a condição radical de um vazio.

(SOUSA, 2000, p. 14)

O que justifica a escolha do caso de Carla não diz respeito ao que ele tem de único, já que todos os casos em análise são únicos, mas ao que tem de emblemático da disjunção entre gravidez e função materna, expondo o fundo do qual parte essa função. Concordamos com Moura quando afirma:

Pesquisa psicanalítica é pesquisa metapsicológica. Falamos de pulsão, de representação, de inconsciente, de identidade de percepção, de transferência, de ação específica, etc. O ensaio metapsicológico não trará nenhum dado de algum paciente específico, até porque o ensaio deve se constituir num dispositivo metodológico para ampliar as pesquisas a serem realizadas por outros pesquisadores. *O que buscamos nesta pesquisa não são as respostas a respeito de determinado paciente, são formulações acerca do paradoxo levantado pelo caso* (MOURA, 2003, p. 12, grifo nosso).

Dito isso, assumimos que as questões elencadas por nós diante do caso dizem respeito à relação entre o sujeito, o corpo e o discurso social no âmbito da maternidade. Esse recorte, entre tantos outros, revela as inquietações que nos fizeram por vezes rever, por outras reiterar, ao nomeá-las, as premissas das quais parte a clínica perinatal, com a qual trabalhamos há algum tempo. E, com o intuito de apontar para a apreensão sempre parcial e momentânea do objeto, que nos inclui para além do que somos capazes de reconhecer, emprestamos as palavras de Sousa:

O caso é uma construção. Injetar natureza em suas proposições, como se nosso trabalho fosse de retirar das cinzas a pérola esquecida, não sem um elogio por vezes tímido, por vezes efusivo, quer da eficácia do método, quer da riqueza da sensibilidade e intuição, só serve para nos desviar do caminho mais promissor. Por outro lado, guardar o recorte do caso e poder pensá-lo junto com os retalhos deixados no chão, com a tesoura/método que o configurou, com a mão hesitante e, é claro, pensante que escolheu os pontos de corte, isso nos dá um desenho mais vivo do que está em questão em nosso trabalho (SOUSA, 2000, p. 18).

Começemos, então, do ponto em que o caso nos pegou, em contraposição à fala ingênua de que o profissional “pega” um caso em tratamento.

6.1 Mulher larga bebê recém-nascido no lixo e vai embora pra casa

Essa notícia poderia ter sido veiculada na mídia para descrever o episódio. Seria mais uma manchete escandalosa e chocante sobre mães e bebês das que têm sido lidas ou ouvidas frequentemente. É basicamente a essa cena que somos convocados: um acontecimento gravíssimo, que nos coloca diante de um sujeito enigmático, afinal quem é essa mulher? Que história é essa? Qual é o futuro do bebê? Recebê-la em atendimento nos obrigou a encarar de forma radical fantasias sobre a faceta obscura e temerária da maternidade, compelindo-nos a perguntar o que seria uma mãe, afinal.

Três aspectos sobressaíram diante de tais questões: Qual seriam, em humanos, a força e o limite do apelo biológico da reprodução? Que relação haveria entre esse trágico acontecimento e o discurso social? Como a função materna pode emergir de uma cena que parece, justamente, revelar sua completa ausência? E, de uma forma um pouco menos elaborada, mas nem menos verdadeira, a questão: essa mulher estaria louca ou seria má?

É importante que se comece pelo desfecho: o bebê sobreviveu. Mas esse final se nos apresentou como um estranho paradoxo: de um lado, nos trouxe alívio, de outro nos deixou perplexos diante da história pessoal com a qual esse sujeito deverá lidar, ao longo de sua existência. Mas, como todo mito da origem nos remete ao impensável, atemo-nos a nossas convicções relativas à possibilidade de construção de um discurso que ressignifique esse início para além do bebê largado no lixo.

Por onde pensar essa história? Percorremos alguns temas até o momento: os discursos sobre o estatuto de mãe e de bebê na cultura, os discursos sobre o corpo e a constituição subjetiva materna em sua relação com o discurso social. Vejamos como eles podem nos ajudar no manuseio da tesoura e da linha.

6.2 Quanto vale um bebê?

Como dissemos anteriormente, o reconhecimento social do estatuto de um bebê é fruto de um certo consenso, do qual emergem variações individuais que vão desde a mais franca patologia até as situações controversas que não contemplam, simultaneamente, o sujeito e o

que o entorno diz sobre os bebês.⁴⁶ Na atualidade ressaltamos o preocupante fato de que é o próprio discurso social que se mostra inconsistente. O estatuto do feto/bebê oscila, tanto no que tange a uma ideologia neoliberal, que o coloca como produto a ser adquirido e comercializado, quanto ao discurso da lei, que sofre pressões de diferentes agentes sociais. Mas, também oscila entre os diferentes sujeitos e em cada sujeito, como objeto passível de ser investido com todas as ambivalências afetivas daí decorrentes. Tais variações são de um espectro que vai do grupamento celular ao sujeito, do ser vivo ao ser humano, pois a contemporaneidade reserva aos conceitos/embriões/fetos/recém-nascidos um estatuto insólito, regido por questões de mercado (LE BRETON, 2003, 2011; ATLAN, 2006), que nada respondem às aspirações éticas. As mulheres, por sua vez, encontram-se divididas entre a submissão à biotecnologia e o retorno a uma suposta natureza materna. No âmbito da maternidade (referida a instituição de saúde), nos óbitos fetais⁴⁷, os bebês variam de dejetos a preciosidade. Apesar disso, nem sempre são contemplados em sua condição de sujeitos, nas UTIN e nos berçários, local onde as mulheres costumam ser chamadas de mães assim que dão entrada, em qualquer etapa do ciclo, revelando-se, assim, o único papel que lhes caberia ocupar nesse contexto. No nível singular, encontraremos as gravidezes almejadas, a partir de diferentes aspirações sociais e pessoais, de forma que, ao percorrer ao longo da história as falas reveladoras do valor de uma mãe e de um bebê, percebemos estar vivendo tempos insólitos para a maternidade. Convivem na atualidade posições francamente opostas e válidas, como a da importância de ser mãe para a mulher, rivalizando com a da importância de ser profissional, manter-se jovem, estar bem casada... Nunca antes a maternidade revelou-se tão contraditória. Idealizada na Pós-Modernidade, a maternidade concorre diretamente com outras aspirações, das quais as mulheres não querem ou não podem se furtar. O que parece à primeira vista ser a possibilidade de operar diferentes escolhas, acaba por se revelar um imperativo de não perder nada. A valorização social se dá para as mulheres que conseguirem ser, ao mesmo tempo, boas profissionais, boas mães, mantendo-se jovens. Não se pode perder nada, portanto não se pode de fato escolher. Não há mais um modelo inequívoco de maternidade. O que poderia ser um indício de liberdade acaba sendo assombrado por um modelo onipotente de exercer todas essas funções a partir unicamente do desejo individual, negando que se trata de um evento referido ao social, pois referido à entrada de um novo

⁴⁶Situações nas quais o sujeito se vê coagido a assumir ou entregar um bebê, em função de uma norma da qual discorde.

⁴⁷As questões do óbito perinatal são reveladoras da inconsistência do estatuto do embrião/... Para maiores esclarecimentos ler: IACONELLI, V. Luto Insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 614-623, dez. 2007.

membro na comunidade, rerepresentando-a e perpetuando-a, mas também referido a um pai⁴⁸, salvo se fingirmos que uma mulher engendra bebês sem um homem. O tecido social, por sua vez, não sustenta aquilo mesmo que preconiza. Basta um exemplo corriqueiro: a mesma mulher que *deve* amamentar exclusivamente no seio até os seis meses (leia-se: ser uma boa mãe), *deve* retornar ao trabalho em quatro meses (boa profissional) e, ao mesmo tempo, *espera-se* que perca o peso acumulado na gestação (ser uma mulher boa!). As idealizações, como sabemos, se prestam a negar a ambivalência, que não tardará a aparecer em outras cenas. Nunca os bebês foram tão preciosos nem tão maltratados, uma vez que não fica claro a que bebês, exatamente, cabe este ou aquele tratamento, de acordo com a legalidade e a ética, posto que a convenção pela qual se institui o valor de cada bebê em cada época se encontra, na atualidade, perigosamente regida pelas leis de mercado. Reiteremos essa afirmação: os bebês sempre foram alvo de cuidados e de negligências, a partir de diferentes critérios de atribuição de valor a cada um (legítimo, bastardo, herdeiro...). Hoje esses valores estão diretamente ligados a questões econômicas e do biopoder, de forma que se modificam segundo leis de mercado e conforme interesses alheios ao sujeito. Assim sendo, os pais estão imersos num discurso que lhes oferece pouco suporte para lidarem com suas próprias ambivalências.

A ambivalência da gravidez, a clandestinidade do aborto, a polêmica sobre o estatuto do feto aos seis meses não dizem respeito só às questões singulares de Carla, que apontaremos mais adiante; refletem um contexto no qual o lugar dos bebês não é unívoco. Em outra época ou cultura, uma jovem como Carla poderia ser coagida a cometer o infanticídio/aborto, mesmo que a contragosto, por estar grávida de um homem casado, ou poderia ter outras saídas contempladas. A questão que se coloca é o quanto essas regras e sanções poderiam ser minimamente claras, coerentes e consistentes, de forma a facilitar que o sujeito formule seu desejo diante das falas, mesmo que discordante.

O fato de se tratar de uma jovem de 18 anos suscita reflexões sobre uma outra faceta dessa mesma questão, uma vez que aponta por si só para uma certa desqualificação social, decorrente do lugar ambíguo ocupado pelo adolescente em nossa sociedade (DADOORIAN, 2000). A falta de reconhecimento social da sexualidade adolescente também está exemplificada pelo caso: não é difícil perceber o quanto uma gravidez adolescente pode estar a serviço da busca de um lugar de adulto cada vez mais postergado em nossa sociedade.

⁴⁸ Ilustrativas dessa aspiração são as publicações destinadas à classe média e alta, nas quais a notícia da chegada de um filho (nomeado herdeiro) é seguida, necessariamente, de observações que supõem ser o sucesso profissional tão importante quanto o retorno à silhueta anterior à gestação. A publicação Revista Caras é um bom exemplo dessa valorização.

Muitas vezes, é a partir da gravidez que a jovem tenta aceder ao mundo adulto, o que a gravidez não garante, é claro; porém, enquanto o lugar do adolescente no campo social envolve grande ambiguidade, o de mãe/pai é consagrado como papel de adulto e, no mais das vezes, é prestigiado.

A gravidez adolescente como busca do status de mulher adulta e como projeto alternativo para jovens com poucas perspectivas de seguir nos estudos ou trilhar carreira tem sido tema de investigação, devido à sua alarmante casuística, em tempos de medicação eficiente para o controle de natalidade (DADOORIAN, 2000). Carla parece se encaixar nessas duas interpretações, uma vez que era tida como imatura, irresponsável, infantil, ao mesmo tempo em que pouco promissora para os estudos e para o trabalho. Mas, se a maternidade, que as mulheres ainda são cobradas a concretizar, tende a ser postergada quando se apresentam outros projetos (carreira, estudos, lazer), nem todos os adolescentes miram alternativas para o almejado reconhecimento. Seja pela falta de condições sociais, seja por um lugar de desprestígio junto aos familiares, muitas vezes a jovem não vislumbra nenhuma saída que possa concorrer com a maternidade, afinal ter filho faz parte dos planos da maioria das mulheres. Para Carla, a emancipação pelo estudo e pelo trabalho parecia pouco promissora.

O estatuto de um bebê envolve, por um lado, considerar o ponto a partir do qual um conceito é considerado um bebê; definida essa questão fundamental, deve-se por outro lado considerar seu lugar (já tomado como sujeito, mesmo que de forma antecipatória) na comunidade (herdeiro aguardado, fruto de relações lícitas ou ilícitas, fruto de violência...), o que lhe outorgará diferentes valores. Vejamos como esse primeiro lugar, entre conceito e bebê, se apresenta aos olhos de Carla.

6.3 Quando se forma um bebê?

O sangramento que se dá após a concepção, coincidindo com a ansiada menstruação, pode tê-la enganado de imediato, mas são passadas mais vinte semanas até o uso da medicação abortiva⁴⁹, que se dá apenas quando os pais decidem levar Carla ao médico. Além disso, vemos a ambiguidade com que ela trata a gravidez: ao mesmo tempo em que, pelos gestos, busca revelar seu estado, insiste em não estar grávida, ao exhibir a barriga ao longo da gestação, por exemplo. Carla nos disse: “pensei que os bebês só se formassem no sétimo mês” (a entrada no sétimo mês se dá a partir de vinte e seis semanas e meia). Seria uma das razões da postergação? A prematuridade viável está associada pela medicina ao sétimo mês de gestação (MOORE; PERSAUD, 1998), mas também pelo senso comum, que cunhou a expressão “nascer de sete meses” para se referir a pessoas muito apressadas. Entendidos como sujeitos supostos, quando os bebês estariam formados, afinal? Essa é uma pergunta impossível de ser respondida sem levarmos em conta a perspectiva da qual partimos: em termos biológicos, psíquicos, jurídicos, religiosos ou filosóficos? Qual a relação entre essas diferentes perspectivas e o fato de uma mulher ser capaz de recobrir o bebê com o *corpo imaginado* desde a concepção? Não supomos uma relação de causa e efeito, mas de atravessamentos, de ruídos, interdições e possibilidades. Carla parece responder a essa questão a partir das teorias sexuais infantis, quando diz pensar que os bebês se formam aos sete meses. E é exatamente na passagem da 26ª semana para a 27ª (período que dá início ao sétimo mês), que ela faz o aborto no hospital/maternidade. Seu gesto parece revelar uma pergunta sobre a origem/formação dos bebês, cuja resposta ela teme encarar. Pergunta perturbadora quando parte da gestante, a quem podemos querer supor estar respondida pela experiência corporal, e que nos revela o desconfortável reconhecimento de que somos alçados da organicidade para o mundo humano a partir da graça ofertada pelo olhar do outro. Quão acalentador pode ser acreditar que esse outro sempre comparece, ou seja, que uma gestante/parturiente tem em si um olhar materno inequívoco, ou ainda, que o criador não capitula jamais diante da criatura, sendo essa vacilação e mesmo essa capitulação circunscritas ao âmbito da patologia, na esperança de se discriminarem supostas boas mães

⁴⁹É importante ter em mente que o lapso de tempo entre concepção e aborto envolveu outras questões não desprezíveis: a impossibilidade de contar com o apoio da família e do pai da criança, a clandestinidade do gesto e a dificuldade de encontrar meios viáveis de executá-lo, das quais decorrem graves riscos para a saúde da mulher. Nas capitais brasileiras, o aborto foi responsável por 11,4% do total das mortes maternas e por 17% das causas obstétricas diretas, com uma parcela significativa desses casos correspondendo ao aborto provocado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

das *loucas* e das *más*. Quão tenebroso pode ser o reconhecimento de que esse olhar vacila, não tem fiador, de forma estrutural, posto que se trata de uma construção contingencial, sem garantias, podendo ou não ligar-se ao evento orgânico. Para distinguir esses diferentes olhares, usemos uma pequena digressão.

6.4 Reconhecer e conhecer *um/seu* bebê

Reconhecimento e conhecimento serão utilizados aqui para distinguir duas posições no contato com o bebê. A primeira implica dois tipos de reconhecimento distintos: um primeiro momento, no qual alguém reconhece tratar-se de *um* bebê (a faxineira reconheceu um bebê no lixo); outro, no qual alguém reconhece *um* bebê como *seu* bebê, pois lhe atribui essa pertença, fato associado ao corpo imaginado e, portanto, ao investimento narcísico da mãe e que não prescinde do primeiro reconhecimento. Há *um* bebê que é *seu* bebê.

Quanto ao segundo momento, o do conhecimento, referimo-nos ao estranho, ao bebê que nos surpreende por não ser idêntico ao corpo imaginado. Evento relativo ao investimento objetual, ao bebê que se dará a conhecer.

Reconhecimento, em suas duas formas, e conhecimento são posições fundamentais do exercício da função materna, ou seja, que *se considere* um bebê, que ele pertença a alguém que o engloba em seu narcisismo e que este alguém também seja capaz de suportar o corte da estranheza que faz do bebê um outro (posição faltante à mãe do psicótico). Nesses primórdios, investimento narcísico e objetual se sobrepõem. Então, o que verão as gestantes/parturientes ao olhar um/seu bebê?

Sobre isso, nada sabemos de antemão, embora usualmente se espere algo da ordem de uma ilusão, de um engodo. Ilusão antecipatória de sujeito, que se estabelece na relação com o inconsciente, com o discurso do outro e com a passagem do biológico para o corpo erógeno, ou seja, entre corpos. Uma mãe, nos primeiros contatos com o bebê, diante desse estranho deverá atribuir-lhe algo seu, digamos, deverá ser capaz de ver-se no bebê, para que este possa ser reconhecido na filiação como sendo o bebê *dela e do pai* por ela escolhido. Mas, ao mesmo tempo, ela deverá deixar necessariamente em aberto um espaço para vir a conhecê-lo, quer dizer, admiti-lo como outro, inédito, estranhá-lo, não reconhecer-se no bebê.

Carla não reconhece *um* bebê, condição necessária, embora não suficiente, para que venha a reconhecê-lo como *seu* bebê. Estamos antes dessas atribuições. O que ela re-conhece? Algo que, sendo seu produto, pertence ao lixo, algo que não imaginava vivo (não imaginava como ser vivo?). É como dejetos que o reconhece, como aborto. Quanto à faxineira, que podemos usar de contraponto, *um* bebê pode ser visto como objeto exterior, posto não se tratar de parte sua nem tampouco de *seu* bebê.

É uma parte de si que Carla põe a perder no lixo. Carla não reconhece *um* bebê, o que inviabiliza *adotá-lo*⁵⁰ como *seu*⁵¹. Não o reconhece, e podemos percorrer caminhos que nos levem a entender suas motivações, caminhos que poderão ser percorridos em outro lugar posto que, para os fins deste trabalho, nos detemos na passagem que se opera entre o parto e o retorno ao hospital.

Muitas são as razões para que uma mulher não estabeleça uma relação entre conceito.. e corpo imaginado, da qual partiria o reconhecimento de um bebê. Optamos por não nos debruçar sobre essas razões, das mais corriqueiras às mais dramáticas, como no caso de Carla, pois entendemos que não faríamos nada além de acrescentar a descrição de mais uma cena de desencontro mãe-bebê para depois, com sorte, esmiuçar os efeitos da escuta analítica sobre essa relação.

Acreditamos que o lugar do analista nesse caso se inscreveu depois que o verdadeiro operador já havia estruturado uma nova cena, na qual a jovem assume um papel inédito, pois nos intrigou, acima de tudo, essa passagem entendida por nós como uma completa reversão: quando retornou à maternidade, ocasião na qual pôde ver *um* bebê, Carla realizou outra operação, qual seja, reconheceu-o como *seu* (do seu desejo).

No parto, vendo um ser completo e formado, ela ainda assim não o reconheceu. Talvez ela aguardasse que alguém o fizesse. Chamou a colega, que se limitou a chorar, não disse nada. Demorou-se na maternidade, tomando uma medicação que não lhe dizia respeito, voltou assim que foi chamada, sem hesitar. É só nessa volta, na qual foi tomada pela enfermagem e pelo delegado como *mãe do bebê* deixado no lixo, que ela atribuiu a este estatuto de sujeito. Ao ser nomeada no lugar de mãe de “uma bebê linda e perfeita”, passou a reconhecê-la como *seu* bebê, a quem nomeou Valentina.

⁵⁰Nesse sentido, toda filiação é uma adoção.

⁵¹Sobre o permanente choque que causa uma parturiente colocar seu próprio recém-nascido numa posição de dejetos, seguido pelo paradoxo de ele vir a ser salvo, com sorte, por um desconhecido, podemos aventar que se trata justamente em alguns casos também disto, ou seja, da falta de distância necessária para o reconhecimento/conhecimento do objeto ainda mantido como parte orgânica de si mesma. Porque se trata de um evento ligado ao corpo, em sua passagem do biológico ao erógeno, a proximidade com o orgânico, da qual parte a atribuição de sujeito, poderia dificultá-lo principalmente para a gestante/parturiente.

Deparamo-nos com o jogo de espelhos, no qual o bebê só se viu refletido no rosto da mãe (Winnicott) na medida em que esta pôde ver-se refletida no corpo do filho (sobreposição do corpo imaginado), posição que se deu a partir da fala de um outro que a supôs mãe, numa interessante inversão, a partir da visada do bebê pelo outro e consequente busca pela mãe dele. A partir deste reconhecimento, a jovem passa imediatamente a cuidar, como bem sabia fazer, do bebê. Só que agora do seu bebê, assumindo todas as prerrogativas desse papel.

6.5 Uma jovem com dores abdominais

Que olhares incidem sobre Carla, quando ela chega à maternidade?

Com fortes dores, em pleno trabalho de parto, foi atendida por um médico que não percebeu nada, deteve-se apenas nas explicações precárias da jovem de que se trataria de dores abdominais. Sem vê-la durante toda a consulta, ele receitou Buscopan®. Mas o médico não é o único a não vê-la: a jovem ainda permanece um bom tempo recebendo a medicação, até que solicita a chave do banheiro, onde ocorre o período expulsivo do parto e da placenta. Embora possamos pensar num recorte muito específico, uma espécie de *tragédia de erros* na qual os profissionais foram ludibriados pela mentira da jovem, não se trata aqui de fazer uma crítica restrita à atuação desta ou daquela pessoa. O discurso médico (CLAVREUL, 1983), que atravessa as instituições hospitalares e o corpo médico, encerra uma lógica do corpo desabitado de sujeito, seja do paciente, seja da equipe. Só o descalabro da ação da jovem, na forma do parto seguido do descarte do bebê, foi capaz de fazer com que vissem este, que a vissem e que ela mesma se visse e posteriormente o bebê, nessa ordem. O horror de seu ato cria uma comoção que obriga os sujeitos a comparecerem: o efeito traumático sobre o entorno (médicos, família, analista), impõe que a jovem seja chamada a se (re)apresentar e falar. A partir de seu gesto disruptivo, faz-se o silêncio para ouvi-la e para ela ouvir-se. A primeira demanda de toda a equipe e da família é que se apure, afinal, o que esse gesto quis dizer: a pergunta insistente dos pais e da equipe para a jovem, e que será transferida ao analista, é por que ela fizera aquilo. Cabe apontar o mérito de que, ainda que terrivelmente tarde, esse mesmo entorno foi capaz de criar condições de escuta. Muito frequentemente, a mídia é convocada a transformar em espetáculo cenas como essa, calando ainda mais um sujeito, cujo

silenciamento mesmo propiciou o campo fértil na qual este tipo de atuação⁵² frequentemente se insere. Entre escutar o sujeito sustentando sua angústia ou calá-lo, sabemos que opção essa espetacularização da mídia se presta a fazer. Esta reverbera a pergunta que todos se fazem em algum momento: por que uma mãe poria em risco a integridade de seu bebê? Para em seguida responder: ou ela é louca, ou ela é má.

Entendemos que, em situações como essa, nas quais um bebê se encontra ameaçado em sua integridade, não basta nos deter na patologia da mãe, penúltimo elo de um longo encadeamento social, sendo o bebê o elo final. Mesmo em casos de psicose, parece-nos preocupantemente reducionista imputar ao quadro psicopatológico a responsabilidade total pelo desfecho de um evento a envolver necessariamente questões que ultrapassam o âmbito individual.

A ilegalidade do aborto, a clandestinidade da relação com o pai do bebê, o fato de tratar-se de adolescente cujo crescimento está envolto em ambiguidades subjetivas e sociais, a impossibilidade de ela se separar das demandas parentais e de lidar com as fantasias edípicas e as questões identificatórias impediram que a ilusão antecipatória de sujeito se instalasse entre si mesma e o feto. Carla acabou vendo aquilo que estava lá para não ser visto: o real do corpo ainda em sua condição dessexualizada, interpretado como dejetivo, lixo. O entorno, ao invés de dar contorno às indagações da jovem, que são as indagações de todo sujeito sobre sua origem, se esgarça por diferentes razões, seja porque nele se revela o lugar de desprestígio que ela ocupa na família, seja porque seus pais não conseguem lidar com o amadurecimento sexual da filha.⁵³

Acreditamos que esse caso nos remete à função do reconhecimento social na estruturação do papel materno. Embora não suficiente, identificamos o reconhecimento como necessário e sua ausência como grande risco para a consecução desse papel. O fator

⁵²Esse caso se presta a uma interessante discussão quanto à questão do *acting out* e da passagem ao ato como proposta por Dunker (DUNKER, C.I.L. A função terapêutica do real: trauma, ato e fantasia. *Revista Pulsional de Psicanálise*, n. 186, p. 15-24, jun. 2006). Mas, como dito anteriormente, não nos ocuparemos desse tema neste trabalho.

⁵³Ela era pejorativamente comparada a uma irmã um pouco mais velha, que estudava, tinha emprego e estava noiva. Clara havia largado a escola, não trabalhava e era considerada *namorada*. Embora a ideia de namoro pudesse fazer supor o início da vida sexual, esta vinha associada a uma outra: “ficar na rua brincando com os meninos”, revelando a ambivalência dos pais em admitir seu crescimento. A queixa de que ela brincava parece esconder o temor dos pais ao fato de que ela namorava/transava com os meninos. De qualquer forma, como em muitos outros casos, a falta de perspectiva de um lugar no mundo adulto se revela parte da causa, mas também do impedimento da maternidade, ou seja, a jovem engravida para impor-se como adulta e aborta ou abandona por não sustentar esse mesmo lugar. Também podemos imaginar a concepção como a meta final desse gesto, baseada nesta ideia: engravidar = ser uma mulher adulta, não havendo desejo de se tornar de fato mãe de uma criança. Neste caso, gestar não implicaria ser mãe de um filho, mas tentar deixar de ser a filhinha de sua mãe. É a partir do gesto de Carla, ao voltar para a maternidade, que algo se estrutura e podemos reconhecer um desejo para além do desejo de conceber. O gesto de cuidar da filha de forma incansável e dedicada nos revelou essa possibilidade a posteriori.

reorganizador da relação de Carla com seu feto é a fala na qual é tomada como mãe de um bebê abandonado no lixo. É o outro que lhe dirá que se trata de uma mãe e de um bebê e não tão somente uma jovem e seu aborto. Quando nos diz “fiz um aborto”, nos diz do lugar em que executa seu gesto, para depois dizer, “minha filha”, de um outro lugar, no qual se reconhece como mãe. Essa passagem, que para a maioria das mulheres se faz ao longo da gestação, implica uma relação intrincada e pouco clara entre o laço social, a experiência corporal e o desejo da mulher.

O caso de Carla pode nos fazer distinguir o lugar do laço social como operador nessa composição, a partir do qual a erogenização do corpo do bebê pela mãe e da mãe pelo bebê, indispensável embora insuficiente, pôde ser instalada. Os primeiros cuidados que a jovem teve com a filha foram plenos de investimento amoroso, fato que pudemos presenciar e cujos efeitos são perceptíveis a longo prazo, posto que a criança, hoje com seis anos, revela-se saudável.⁵⁴

Quanto ao desejo, só podemos afirmar que Valentina passa a ser alvo do investimento amoroso, até então não formulado, a partir da nomeação por um estranho de que se tratava de *um* e de *seu* bebê. Acreditamos que outros casos, como alguns apontados ao longo deste texto, nos revelam diferentes combinatórias desses três elementos fundamentais e nos fazem afirmar que, embora essas condições sejam necessárias, nenhuma se mostra suficiente para a consecução do papel maternal. Por outro lado, cada qual pode servir de fio condutor para acessar as demais, e uma ilustração desta ideia vem da sabedoria popular: mulheres entregam seus filhos em adoção, desde o parto, e pedem para não vê-los temendo apegar-se ao bebê, transformando *um* em *seu*. Também temos as mulheres que, sabendo não haver *um* (gravidez diagnosticada como inviável), não interrompem a gestação pois já se trata do *seu*. Em outra perspectiva, muitos abortos são decididos a partir da rejeição do companheiro à gestação⁵⁵, mesmo que não haja coação por parte deste, o que mostra o grau de importância do olhar do outro.

Entendemos que esse caso nos apresenta uma importante combinação entre, de um lado, as mazelas dos discursos sobre bebês e mães, na atualidade, e de outro a ambivalência quanto ao reconhecimento da sexualidade do adolescente, os limites da experiência orgânica

⁵⁴Mãe e filha são acompanhadas, desde que o tratamento foi encerrado, em atendimentos anuais na Clínica do Instituto Brasileiro de Psicologia Perinatal - Gerar.

⁵⁵Para saber mais sobre o assunto, remetemos à pesquisa de Borsari, na qual a autora afirma: O ato decisório da tomada de decisão pelo aborto é desvelado pelo discurso das mulheres fragilizadas, nas redes de apoio, isto é, a falta de apoio do companheiro e pai do bebê é questão crucial para se decidir pelo aborto (BORSARI, 2012, p. 96).

da gestação na construção da função materna e a maneira sempre singular com que cada sujeito lida com seu corpo e com seu desejo.

O gesto disruptivo da jovem nos pareceu uma forma desesperada e irrefletida de trazer à tona as questões da violência, da sexualidade e do lugar da jovem como sujeito. Gesto que só não acabou em tragédia por um golpe de sorte (encontro do bebê no lixo em tempo hábil para sua recuperação) e cujo ponto de reorganização ancorou-se na fala de outro até então desconhecido, representado pela equipe da maternidade. A experiência corporal da gestação não foi capaz de estruturar a função materna que se apoiou no laço social, para a partir de então compor o tripé dessa função, juntamente com o corpo libidinizado e com a nomeação de *seu* bebê.

Diante desse acontecimento como também de outros aqui citados, nos quais o idealizado encontro mãe bebê não acontece, por diferentes razões, somos levados a reconhecer que, ainda que a experiência biológica da gravidez tenda a ser erogeneizada pela gestante, que o desejo de vir a ser mãe opere desde o Édipo da mulher e que a valorização social da maternidade possa agir como pressão para sua consecução, nenhuma dessas condições chega a ser suficiente, embora todas sejam necessárias.

Também somos levados a reconhecer que são condições ideais da função materna uma mulher poder formular seu desejo por um bebê, junto ao homem, e torná-lo seu, poder viver essa experiência, necessariamente no registro erógeno do corpo, e seu papel como mãe ser legitimado no âmbito social (papel esse também referido ao pai que ela escolhe). No entanto, como vimos, na clínica nos deparamos com desejos mal formulados, com a supervalorização do corpo biológico e com a inconsistência do discurso sobre a maternidade, sobre as mães e sobre os bebês, além de um discurso familiar por vezes ambíguo.

Sem levar essas questões em conta, tomaremos o precioso bebê da medicina a ser salvo das mães perigosamente imperfeitas, respondendo de um lugar que nos remeteria às palavras de Davis-Floyd:

Furthermore, as the factory products of goods became a central organizing metaphor for social life, it also became the dominant metaphor for birth: the hospital became de factory, the mother's body became de machine, and the baby became de product of an industrial manufacturing process (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 6).⁵⁶

⁵⁶ Além disso, como a fabricação de bens de consumo tornou-se uma metáfora central de organização da vida social, também se tornou a metáfora dominante para o nascimento: o hospital tornou-se fábrica, o corpo da mãe tornou-se máquina, e o bebê tornou-se produto de um processo de fabricação industrial (*tradução livre da autora*).

Vale ressaltar o suposto paradoxo ligado ao hospital/maternidade, em que Carla dá entrada em trabalho de parto. Ela é ignorada como parturiente, mas é lá que é reconhecida como mãe, o que foi decisivo para que viesse a assumir esse papel. O bebê é reconhecido, e só a partir daí busca-se encontrar a mãe. Parece que o *produto*, nesse ambiente, é inequívoco, embora a *máquina* chegue a passar despercebida. Pode soar paradoxal que tal ambiente acabe por legitimar aquilo mesmo que parecia negligenciar, ou seja, a mãe; contudo, de fato, essa é a ilustração da negligência a que mulheres têm sido submetidas, pois elas só passam a ser vistas a partir de seu produto, o bebê. Na sequência, um longo percurso de violências, negligências e desamparo pôde ser, por sorte, retroativamente reconhecido.

O que acontece depois? Carla assume seu bebê, o que implica se diferenciar do mandato parental; passa a se ocupar dele, exercendo a função de libidinização, não apenas cuidando, mas erotizando-o, e legitima seu lugar junto a ele a partir da fala externa à família. Além disso, posiciona-se perante a lei, pleiteando a guarda da filha por direito, já sendo sua de fato. As três operações que elencamos como necessárias, embora não suficientes em si mesmas, são realizadas após o parto e não antes, como se costuma esperar.

Embora se espere que a futura mãe já tenha tais condições esboçadas ou garantidas desde a gravidez, a clínica se mostra menos categórica e mais plástica, profundamente arriscada, com renovadas esperanças diante das mazelas do mal-estar contemporâneo.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, R.J. Visual acuity from birth to 5 months as measured by habituation: A comparison to forced-choice preferential looking. *Infant Behavior and Development*, n. 10, p. 239-244, 1987.
- AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 36, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 nov. 2012.
- AGUIAR, J.M. de. *Violência institucional em maternidades públicas*: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ALAN, T.N. et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *New England Journal of Med*, n. 360, p. 111-120, Jan. 8, 2009.
- ANDRÉ, S. *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- ARAGÃO, R.O. de; ZORNIG, S.M.A. (Orgs.). *Nascimento*: antes e depois, cuidados em rede. 2. ed. Curitiba: Honoris Causa, 2010.
- ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023*: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, ago. 2002. 24 p.
- ATLAN, H. *O útero artificial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- AULAGNIER, P. *A violência da interpretação*: do pictograma ao enunciado. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- _____. *Um intérprete em busca de um sentido*. São Paulo: Escuta, 1990. v. 1.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

_____. Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

_____. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BENHAÏM, M. A intimidade maternal: contribuição da psicanálise na pesquisa sobre os bebês. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 11, n. 20, p. 72-83, jun. 2006.

_____. *Amor e ódio: a ambivalência da mãe*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2007.

BLANK, M. *Os herdeiros de Darwin*. São Paulo: Página Aberta, 1994.

BOCK, G. História, história das mulheres, história do gênero. *Penélope: fazer e desfazer a história*, Florença, n. 4, p. 158-187, nov. 1989.

BORSARI, C.M.G. *Aborto provocado: vivência e significado*. Um estudo fundamentado na fenomenologia. 2012. Dissertação (Mestrado em Obstetrícia e Ginecologia) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BOWLBY, J. *Separação*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

_____. *Apego*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BOYSSON-BARDIES, B. de. *Comment la parole vient aux enfants*. Paris: Odile Jacob, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna*. Relatório final. Brasília (DF), 2006.

BRAUNSTEIN, N. *Gozo*. São Paulo: Escuta, 2007.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr./jun. 1991.

BUSSAB, V.S.R.; RIBEIRO, F.J.R. Biologicamente cultural. In: SOUZA, L.; FREITAS, M. F.Q.; RODRIGUES, M.M.P. (Orgs.). *Psicologia: reflexões (im)pertinentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. p. 195-224.

BYDLOWSKI, M. Transparence psychique due à la grossesse: attraction par l'objet interne. In: _____. *La dette de vie*. itinéraire psychanalytique de la maternité. 4. ed. Paris: Puf, 2002. p. 91-103.

BYDLOWSKI, M. O Olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação de objeto interno. In: CORRÊA FILHO, L.C.; CORRÊA, M.E.G.; FRANÇA, O.S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE, 2002.

CHATEL, M.M. *Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1995.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CURELLE-CRESPIN, G. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DADOORIAN, D. *Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DALARUM, J. Olhares dos clérigos. In: DUBY, G.; PERROT, M. *História das mulheres no Ocidente*. Porto: Afrontamento, 1990. v. 2, p. 29-63. (A Idade Média).

DAVIS, E.; PASCALI-BONARO, D. *Orgasmic birth: your guide to a safe, satisfying, and pleasurable birth experience*. New York: Rodale Books, 2010.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Official publication of The International Federation of Gynecology and Obstetrics - FIGO, v. 75, p. 5-23, 2001. (Suppl. 1).

DEBRAY, R. *Bebês/mães em revolta*: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DEL PRIORE, M. (Org.). *História das mulheres no Brasil*. 9. ed. São Paulo: Contexto, 2007.

_____. *Ao sul do corpo*: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia. São Paulo: UNESP, 2009.

DEUTSCH, H. (1925). *La psicología de la mujer*. Buenos Aires: Losada, 1951.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DOUCET, C. et al. Estudo das marcas corporais na modernidade: sustentar a causa do sujeito. *Lat.-Am. Journal of Fund. Psychopath. Online*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 143-152, nov. 2008.

DUBY, G.; PERROT, M. *História das mulheres no Ocidente*. Porto (Portugal): Afrontamento, 1990. v. 1. (Antiguidade).

DUBY, G.; PERROT, M. *História das mulheres no Ocidente*. Porto (Portugal): Afrontamento, 1990. v. 2. (Idade Média).

DUNKER, C.I.L. A função terapêutica do real: trauma, ato e fantasia. *Revista Pulsional de Psicanálise*, n. 186, p. 15-24, jun. 2006.

ENDO, P. O psicanalista é um intelectual? *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano 21, n. 3, p. 19-30, set. 2008.

FERENCZI, S. (1933). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: *Obras Completas de Sándor Ferenczi*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. v. 4, p. 97-106.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I*: a vontade de saber. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREUD, S. (1893a). Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. II.

FREUD, S. (1893b). Alguns pontos para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. I, p. 112.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. VII, p. 229.

_____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV, p. 108.

_____. (1933 [1932]). Feminilidade. Conferência XXXIII. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XXII, p. 139.

GARCIA-ROZA, L.A. *Freud e o inconsciente*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. *Artigos de metapsicologia, 1914-1917: narcisismo, pulsão e recalque, inconsciente*. Introdução à metapsicologia freudiana. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. v. 3.

GIUBILINI, A.; MINERVA, F. After-birth abortion: why should the baby live? *J Med Ethics* doi:10.1136/medethics-2011-100411. Disponível em: <<http://jme.bmj.com/content/early/2012/03/01/medethics-2011-100411.full>>. Acesso em: 20 ago. 2010.

GOLSE, B. O bebê nas interfaces: entre psicanálise e apego, entre neurociências e psicopatologia, entre prevenção e predição. In: ARAGÃO, R.O. de; ZORNIG, S.M.A. (Orgs.). *Nascimento: antes e depois, cuidados em rede*. 2. ed. Curitiba: Honoris Causa, 2010. p. 17-32.

GUEDENEY, A. Alguns fatos novos a respeito do bebê. In: CYRULNIK, B.; SOULÉ, M. *A inteligência anterior à palavra*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p. 97-103.

GUERRA, R.F. Uma análise evolucionária da parturição e desenvolvimento infantil em mamíferos. *Revista de Ciências Humanas*, n. 34, p. 395-440, 2003.

HEILBORN, M.L. Usos e abusos da categoria de gênero. In: HOLLANDA, H.B. (Org.). *¿Y nosotras latinoamericanas?* Estudos sobre gênero e raça. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1992. p. 39-45.

HÉRITIER, F. *Masculino, feminino: o pensamento da diferença*. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

HILFERDING, M.; PINHEIRO, T.; VIANNA, H.B. *As bases do amor materno*. São Paulo: Escuta, 1991.

HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science & Medicine*, v. 51, issue 5, p. 725-740, 2000.

HOROCHOVSKI, R.R.; MEIRELLES, G. Problematizando o conceito de empoderamento. In: SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, 2., 2007, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2007. p. 487-488.

HUXLEY, A. *Admirável mundo novo*. São Paulo: Globo, 2000.

IACONELLI, V. Maternidade e erotismo na modernidade: assepsia do impensável na cena do parto. *Revista Percursos*, São Paulo, n. 34, p. 77-84, 1º sem. 2005.

_____. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 614-623, dez. 2007.

JORGE, M.A.C. Prefácio. In: CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

KAMERS, M. As novas configurações da família e o estatuto simbólico das funções parentais. *Estilos da Clínica*, v. 11, n. 21, p. 108-125, 2006.

KLAUS, M.H.; KLAUS, P. *O surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. *Pais-bebês: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

LACAN, J. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p. 96-103.

LACAN, J. (1978). *O Seminário: Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. (1974). *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

LAJONQUIÈRE, L. de. Educação e infanticídio. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 165-177, abr. 2009.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. *Vocabulário da psicanálise*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAZNIK, M.-C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: WANDERLEY, D.M. (Org.). *Palavras em torno do berço*. Salvador, BA: Ágalma, 1997. p. 35-51.

_____. *A voz da sereia: o autismo e os impasses da constituição do sujeito*. Salvador (BA): Álgama, 2004.

LEBOVICI, S. *L'arbre de vie – éléments de la psychopathologie du bébé*. Toulouse: Érès, 1998.

LE BRETON, D. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas (SP): Papirus, 2003.

_____. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

LÉVI-STRAUSS, C. *Tristes trópicos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

MATHELIN, C. *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MENEZES, C.C.; LOPES, R.C.S. Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, v. 12, n. 1, p. 83-93, jan./jun. 2007.

MIJOLLA-MELLOR, S. Monta-se uma criança. *Revista Psicanálise e Universidade*, n. 21, p. 17-29, set. 2004.

MILLER, J.A. O osso de uma análise. *Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, Salvador (BA), 1998. (Número especial).

MONTAGU, A. *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Summus, 1988.

MOORE, K.L.; PERSAUD, T.V.N. *The developing human: clinically oriented embryology*. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998.

MORO, M.R. Os ingredientes da parentalidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VIII, n. 2, p. 258-273, jun. 2005.

MORRIS, D. *O macaco nu*. São Paulo: Record, 1967.

MOTTA, M.A.P. *Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção*. São Paulo: Cortez, 2001.

MOURA, A.C. *A operação de inscrição psíquica: um ensaio sobre o conceito psicanalítico de ação específica*. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

NASIO, J.-D. *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

NUNES, S.A.N.; FERNANDES, M.G.; VIEIRA, M.L. Interações sociais precoces: uma análise das mudanças nas funções parentais. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 160-171, dez. 2007.

ODENT, M. *Gênese do homem ecológico*. São Paulo: Tao, 1981.

_____. *A cientificação do amor*. Florianópolis: Saint German, 2002.

PEARCE, J.C. *A criança mágica: a redescoberta do plano da natureza para nossas crianças*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

PROGIANTI, J.M.; ARAÚJO, L.M.; MOUTA, R.J.O. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 45-49, 2008.

QUINET, A. *A heteridade em Lacan*. Comunicação apresentada no Colóquio 2001: Uma odisséia Lacaniana. Rio de Janeiro, 11 de abril de 2001. Disponível em: <<http://www.antroposmoderno.com/word/aeteri.doc>>. Acesso em: 28 nov. 2010.

_____. *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

RAMINELLI, R. Eva Tupinambá. In: DEL PRIORE, M. (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2007. p. 11-44.

RANK, O. (1924). *The trauma of birth*. New York: Robert Brunner, 1952.

RIBEIRO, D. *O povo brasileiro: evolução e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

ROUSELLE, A. A política dos corpos: entre procriação e continência em Roma. In: DUBY, G.; PERROT, M. *A história das mulheres no Ocidente*. Porto: Afrontamento, 1990. v. 1, p. 351- 410. (Antiguidade).

SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 151-164, 2001.

SCHRAIBER, L.B. *O médico e suas interações: a crise nos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.

SETÚBAL, M.S.V. et al. Interrupção legal em gestações de fetos com patologias letais: aspectos epidemiológicos e emocionais. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro, n. 11, p. 41-45, maio 2004.

SILVA, A.V.R. *O suporte à parturiente: dimensão interpessoal no contexto da assistência ao parto*. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2004.

SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SOULÉ, M.; CYRULNIK, B. *A inteligência anterior à palavra: novos enfoques sobre o bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

SOUSA, E.L.A. de. A vida entre parênteses. *Correio da APPOA* - Associação Psicanalítica de *Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 80, p. 13-23, jun. 2000.

SPITZ, R.A. (1945). Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, n. 1, p. 53-74.

_____. (1946). Analytic depression. *Psychoanalytic study of the child*. n. 2, p. 113-117.

_____. (1965). *O primeiro ano de vida*: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

STEIN, C. *As erínias de uma mãe*. ensaio sobre o ódio. São Paulo: Escuta, 1988.

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

SZEJER, M. *Palavras para nascer*: a escuta psicanalítica na maternidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999a.

_____. *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade*. São Paulo: ABREP: Casa do Psicólogo, 1999b.

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, 2003. Suplemento 2.

_____. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do nascimento. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

UCHITEL, M. *Neurose traumática*: uma revisão crítica do conceito de trauma. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

VERHAGEN, E.; SAUER, P.J.J. The Groningen Protocol: Euthanasia in Severely Ill Newborns. *The New England Journal of Medicine*, Aug. 27, 2012. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058026>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

VIEIRA, E.M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

WALDOW, V.R. *O cuidado na saúde, as relações entre o eu, o outro e o cosmo*. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. *Cuidar*: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

WALLON, H. (1934). *As origens do caráter na criança*: os prelúdios do sentimento de personalidade. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1971.

WINNICOTT, D.W. (1987). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

_____. (1956). A preocupação materna primária. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

_____. (1965). *A família e o desenvolvimento individual*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WOLFF, L.R. *Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto*. 2004. Tese (Doutorado em Ciências da Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

ZVEITER, M.; PROGIANTI, J.M.; VARGENS, O.M.C. O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XVIII, n. 182, p. 86-92, jun. 2005.

Multimeios

84, charing cross road. Direção: David Hugh Jones. [S.l.]: Columbia Pictures, 1987. 100 min.

BEBÉS du Monde. Direção: B. Fontanel; C. D'Harcourt; E. Nobercourt. Produção: © Canal + - Cia des Phares et Balises. [S.l.], 2000. DVD (52 min.).

MENOR bebê prematuro a sobreviver no Brasil volta para casa. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=2HlI8aMWvEQ>>. Acesso em: 07/05/2012.

O ABORTO dos outros: a maternidade em situação limite. Direção e roteiro: Carla Gallo. Produção: Paulo Sacramento. [S.l.]: Califórnia filmes, 2008. 72 min.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BASSANEZI, C. Mulheres dos anos dourados. In: DEL PRIORE, M. (Org.) *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2007. p. 11-44.

BENEDEK, T. Parenthood as a developmental phase: contribution to the libido theory. *Journal American Psychology Association*, n. 7, p. 389-417, 1959.

COELHO, E.A.C. et al. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

COUTINHO, L.G. A adolescência na contemporaneidade: ideal cultural ou sintoma social. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XVII, n. 181, p. 13-19, mar. 2005.

DELLA NINA, M. Êmese-Hiperêmese. In: ZUGAIB, M. et al. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 154-171.

DERRIDA, J.; ROUDINESCO, E. *De que amanhã*. diálogo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

ENRIQUEZ, E. O homem do século XXI: sujeito autônomo ou indivíduo descartável. *RAE-eletrônica*, v. 5, n. 1, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=4263&Secao=PENSA TA&Volume=5&numero=1&Ano=2006>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

FREITAS, M.F.Q.; RODRIGUES, M.M.P. (Orgs.). *Psicologia: reflexões (im)pertinentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

FREUD, S. (1913-1914). Totem e tabu e outros trabalhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIII.

_____. (1930 [1929]). Mal-estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XXI.

FREUD, S. (1918 [1917]). O tabu da virgindade: contribuição à psicologia do amor III. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XI, p. 179.

_____. (1927). O feticismo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XXI, p. 175.

_____. (1921). Psicologia das massas e análise do eu. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XVII, p. 91.

GOLSE, B. *Sobre a psicoterapia pais-bebê*: narratividade, filiação e transmissão. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*, v. 41, n. 4, p. 41-55, jul./ago. 2005.

_____. Do infanticídio à função materna. *Revista Percurso*, São Paulo, n. 46, p. 22-35, 2º sem. 2011.

KEHL, M.R. *Deslocamentos do feminino*: a mulher freudiana na passagem para a modernidade. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

KITZINGER, S. *Mães*: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença, 1978.

LACAN, J. (1969-1970). *O seminário*: Livro 17: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992b.

_____. (1972). Du discours psychanalytique. Conférence à l'université de Milan. Disponível em: <<http://pagespersorange.fr/espace.freud/topos/psycha/psysem/italie.htm>>. Acesso em: 16 set. 2012.

_____. (1975). *O seminário*: Livro 20: Mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992a.

_____. (1949). Formulações sobre a causalidade psíquica. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a.

LEBOYER, F. *Shantala, massagem para bebês: uma arte tradicional*. 5. ed. São Paulo: Ground, 1995.

MATHEUS, T.C. Quando a adolescência não depende da puberdade. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, v. 11, n. 4, p. 616-625, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142008000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2010.

MILLER, J.A. *Coisas de fineza em psicanálise*. Orientação lacaniana III, II, lições I a VI. 2008. (Documento de trabalho para os seminários de leitura da Escola Brasileira de Psicanálise).

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira et al. Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 14, n. 3, Sept. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2011.

NOGUEIRA, F. (Org.). *Entre o singular e o coletivo: o acolhimento de bebês em abrigos*. São Paulo: Instituto Fazendo História, 2011.

PEREIRA, R.C. *Princípios fundamentais e norteadores para a organização jurídica da família*. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

QUEIROZ, E.F. O ‘estranho’ filho adotivo: uma leitura clínica do *Unheimlich* na adoção. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VII, n. 4, p.100-111, dez. 2004.

RACAMIER, P.C.; SENS, C.; CARRETIER, L. La mère et l’enfant dans les psychoses du postpartum. *L’évolution psychiatrique*, n. 4, p. 525-557, 1961.

RIAL, C. Guerra de imagens e imagens da guerra: estupro e sacrifício na Guerra do Iraque. *Revista Estudos Feministas*, v. 15, n. 1, p. 131-151, 2007.

ROSA, M.D.; CARIGNATO, T.T.; BERTA, S.L. Ética e política: a psicanálise diante da realidade, dos ideais e das violências contemporâneas. *Ágora* (PPGTP/UFRJ), v. 9, p. 35-48, 2006.

SOLIS-PONTON, L. *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 419-427, 2003. Suplemento 2.

WINNICOTT, D.W. (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1965). *O ambiente e os processos de maturação*: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.