

## O que pode ser traumático no nascimento?\*

Marcele Zveiter

*O assunto do trauma no nascimento circula nas publicações psicanalíticas há muito tempo. Procurando as respostas para o que pode ser traumático no nascimento segui uma trilha, percorrendo as pontes entre o cuidado exercido na cena do parto e as primeiras experiências do bebê. O objetivo aqui é discutir o trauma em relação ao modo de cuidar na cena do nascimento.*

*A relevância do tema repousa sobre a relação entre a qualidade das experiências iniciais e um desenvolvimento saudável. A conclusão aqui é que o modo de assistir ao parto pode deixar marcas psíquicas importantes, influenciando diretamente no cuidado materno e sendo, portanto, um risco para trauma no nascimento.*

**Palavras-chave:** Trauma, nascimento, parto, psicanálise

\* Este artigo foi apresentado no I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, em setembro de 2004.

## Introdução

Minha primeira experiência profissional foi em uma unidade de tratamento intensivo para recém-nascidos. Depois, trabalhei na sala de parto de uma maternidade pública carioca. Desde o início o assunto do nascimento, e o que poderia haver de traumático nele, me atraía. Alguns anos depois, as leituras realizadas na área temática da Relação Objetal Precoce trouxeram o substrato para uma reflexão sobre minha atuação como enfermeira obstétrica e meu potencial como agente de trauma para a mulher e o bebê na sala de parto (Zveiter et. al., 2005).

O cuidado ao parto e nascimento deve ser considerado, de maneira abrangente, numa interface entre diferentes áreas do saber. Neste trabalho apresento uma pesquisa bibliográfica exploratória, num campo interdisciplinar com a psicanálise, enfermagem obstétrica, fisiologia e anatomia. Olho a cena do parto e nascimento, do meu lugar de enfermeira obstétrica informada pela psicanálise. Tomo como pressuposto que o desenrolar do processo de parto pode deixar cicatrizes psíquicas importantes, tanto para a mãe quanto para o bebê. Além disso, creio que estas cicatrizes aparecem nos cuidados maternos. Meu objetivo aqui é discutir o trauma no nascimento em relação aos primeiros cuidados prestados ao recém-nascido.

707

## O mecanismo do parto

Nos momentos que cercam o nascimento, tanto a mulher quanto o bebê respondem ativamente às adaptações necessárias para este fenômeno vital. Estes sujeitos vivenciaram um longo período de desenvolvimento de estruturas específicas, e adaptações de outras, para o clímax do processo da gestação, o parto e o nascimento.

Os resultados dos estudos desenvolvidos por fisiologistas, sobre a atividade do hipotálamo e das glândulas supra-renais, despertam interesses em outras áreas das ciências humanas e da saúde, como dados importantes para o entendimento do que ocorre no parto e nascimento (Odent, 2000). A gravidez é uma fase do ciclo vital feminino onde alguns hormônios são secretados em taxas diferenciadas das outras fases da vida, e alguns outros entram em cena com ex-

clusividade para a manutenção da saúde nesta fase. A quantidade de adrenalina, ocitocina e endorfinas secretadas sofre mudança a cada etapa do trabalho de parto. As endorfinas atuam como analgésicos naturais relaxando a musculatura esquelética e diminuindo as sensações dolorosas (Balaskas, 1993; Odent, 2000). A ação da ocitocina é estimular as contrações uterinas durante o parto. A adrenalina age tornando a atividade de expulsão do feto, no final do trabalho de parto, mais eficaz. Um exemplo prático das muitas utilidades deste saber é o fato de que um profissional pode desprezar o exame de toque vaginal constante para identificar a dilatação do colo do útero, se estiver atento às repercussões típicas das alterações hormonais, que são expressas no comportamento da mulher. A observação cuidadosa da mudança no comportamento da mulher em trabalho de parto fornece pistas do que está ocorrendo em seu útero. Um outro exemplo de como o comportamento alterado fornece indicações dos níveis hormonais, em cada fase do processo de parto, está na manifestação de energia e força, associada às manifestações de raiva ou medo, que ocorre em muitos casos de altos níveis de adrenalina no período de expulsão do feto (Odent, 2004). Enkin (2005) chama atenção para a importância da observação cuidadosa da mulher em trabalho de parto como dado de diagnóstico: "... a própria mãe pode indicar a transição para a fase expulsiva com palavras, ação ou modificação da expressão facial, ou da forma como aperta a mão do acompanhante" (p. 156). Nota-se que nas situações de parto fisiológico,<sup>1</sup> logo após o nascimento, a mulher tende a posicionar-se de joelhos ou a sentar-se. Esta liberação de adrenalina é favorável aos mamíferos em geral, pois coloca a fêmea em situação de alerta. O bebê recebe parte desses hormônios do parto e, ao nascimento, está com as pupilas dilatadas. Ambos, o bebê e a mãe, possuem então condições fisiológicas para o contato olho no olho, fundamental na espécie humana (Odent, 2003).

Para que estes hormônios sejam secretados em quantidades suficientes, e nos momentos adequados, durante o trabalho de parto é necessário que atividade neocortical diminua, favorecendo o incremento nas funções da porção mais primitiva do cérebro. Pensando no conjunto de funções do neocórtex, remeto-me ao ambiente do parto. A organização do espaço, as pessoas e os procedimentos hospitalares são, em conjunto, estranhos à mulher em trabalho de parto. A sala

1. "Parto fisiológico" refere-se ao parto que pode transcorrer livremente, sem limitação da expressão do comportamento feminino, sem procedimentos farmacológicos, ou intervenções cirúrgicas. Além disso, ele é um fenômeno universal (Gualda, 2002). O parto fisiológico pode ser acompanhado por profissional habilitado para identificar precocemente os problemas e capaz de funcionar como um facilitador, preparando o ambiente para que a função materna e do bebê se desenvolvam.

cirúrgica é bem iluminada, com baixa temperatura, cheia de equipamentos e instrumentos. Os profissionais circulam paramentados e movimentam-se segundo uma técnica corporal absolutamente singular (Maus, 1934). Os procedimentos mais comuns do ambiente hospitalar de parto, como a troca das roupas por uma roupa padronizada e que pertence à instituição, ausência de um acompanhante escolhido pela mulher, proibição de beber ou comer qualquer coisa, exames de toque vaginal, ausculta eletrônica dos batimentos cardíacos do feto, e restrição da movimentação corporal mantendo a mulher no leito (Enkin et al., 2005) são estranhos para quem não compartilha da lógica hospitalar tradicional. Os estímulos sensoriais exacerbados provocam uma intensificação na atividade neocortical que, somados ao medo e a insegurança provocados pelos procedimentos, funcionam inibindo a liberação de ocitocina (Odent, 2000). Além disso, o medo provoca a secreção de doses elevadas de adrenalina em etapas bem anteriores à expulsão. Deste modo, é compreensível que o ambiente hospitalar incremente a dor, o medo e a ansiedade e acarrete conseqüências nefastas sobre o trabalho de parto (Enkin, et. al., 2005).

Outra questão interessante é o tempo do trabalho de parto. A duração do trabalho de parto depende de fatores individuais (físicos e psicológicos) e ambientais (físicos e subjetivos). Medina (2003) destaca o medo, a participação do pai do bebê e a presença de um acompanhante, como fatores importantes na determinação deste tempo. Entre os fatores individuais que interferem na duração do trabalho de parto e relacionam-se com o medo e a ansiedade encontra-se a dor (Balaskas, 1993; Gualda, 2002). Este mecanismo protetor do corpo tem um limiar de reconhecimento muito parecido entre as pessoas, porém se expressa de maneira absolutamente singular em cada ser humano (Burch e Sacks, 1999 apud Medina, 2003). Ampliando ainda um pouco mais este entendimento, encontra-se a indução da dor pela via psicológica, social e/ou corporal (Enning, 2000). É importante salientar que a dor vivenciada no parto não é a mesma dor que é reconhecida num ferimento. Balaskas (1993) relata que muitas mulheres “descrevem-na como algo positivo ou ‘dor de dar à luz’” (p. 139). A autora completa seu relato afirmando que a dor muito intensa está freqüentemente relacionada ao ambiente e clima emocional desfavoráveis. Assim, tomo o ambiente como um fator decisivo que, aliado aos fatores individuais, determina o modo como o processo de parto se desenvolve.

Como dito anteriormente, o fator psicológico é um elemento importante e deve ser considerado atentamente. Se o estado de consciência está modificado durante o trabalho de parto, graças à ação de hormônios específicos (ibid.), muito antes a mente feminina já se prepara para esta grande demanda de energia. Neste caminho de compreensão sobre a cena do parto, utilizo a teoria winnicottiana. Winnicott (1956) apresenta o estado de preocupação materna primária como um

enlouquecimento normal<sup>2</sup> em sua teorização sobre a modificação lenta e gradual do estado mental da mulher durante a gestação, capacitando-a para parir. Gualda (2002) relata que, em muitas mulheres, a preocupação de que algo de ruim possa acontecer com o bebê está presente em todas as fases do trabalho de parto. Este é um momento frágil da saúde materna. Ao mesmo tempo em que a mulher é capaz de suportar os esforços do parto, por estar desde a gravidez cuidando do seu bebê, ela poderá sucumbir à dor se perceber que algo não vai bem com o feto, ou que o recém-nascido está asfíxiado. A mulher, segundo Winnicott (1956), poderá cair doente se o outro elemento, o bebê, falhar.

Considerando então este bebê como *alguém*, que tem um papel importante a desempenhar na cena do parto, passo agora a considerar o nascimento, na perspectiva de um parto fisiológico.

### O bebê como sujeito no nascimento

O bebê também passa por um período de transformações que o preparam para o nascimento. Durante toda a gestação ocorre o desenvolvimento de tecidos que conferem ao embrião a forma e as funções humanas. Ao contrário do que pode parecer, o feto participa ativamente da gestação. Ele está sempre se acomodando no espaço intra-uterino, engole líquido amniótico e urina, equilibrando o volume na bolsa, dorme e apresenta comportamentos típicos de situações com alta taxa de adrenalina (Souza-Dias, 1999). Ao final do desenvolvimento fetal, quando o bebê e a mãe estão prontos, inicia-se o trabalho de parto.<sup>3</sup> O bebê saudável dispõe, neste momento, de mecanismos próprios para participar do parto. Seu organismo está pronto para responder como sujeito ativo na cena do nascimento (Zveiter, 2003). O mecanismo de parto determina a diminuição da oferta de oxigênio durante cada contração, estreitamento do espaço disponível para a acomodação do esqueleto e pressão descendente na direção de um espaço com forma de funil. O acompanhamento deste período que antecede o nascimento permite a observação dos sinais de que ele, o bebê, responde à alta demanda de energia. Na ausculta percebe-se que seus batimentos cardíacos sofrem uma redução na

2. Esta denominação está de acordo com o que Canguilhem postulou em 1943 como saúde: "... estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar, é um luxo biológico" (Canguilhem, 1943, p. 160).
3. Sobre este momento, Medina (2003) refere-se ao Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP), segundo o qual ainda não é possível determinar com exatidão o instante em que ele se inicia.

freqüência a cada contração e depois retornam a freqüência anterior, e no exame de toque vaginal nota-se que os ossos do crânio se sobrepõem nas laterais e se moldam ao canal do nascimento. Além dos sinais emitidos sabemos que seus ombros aproximam-se; ele movimenta o pescoço adequando a cabeça na direção do canal do nascimento e realiza um movimento de rotação. Esta sua movimentação constante é fundamental para o nascimento (Balaskas, 1993). Se, ao contrário, ele se apresentar hipotônico e incapaz de participar do parto com seus movimentos ativos, o parto pode se complicar (Souza-Dias, 1999). Este bebê é, portanto, protagonista do seu próprio nascimento. Ele percorre todo o caminho até o mundo extra-uterino movimentando-se ativamente, num “verdadeiro *ballet corporal*” (Progianti et. al., 2004, p. 25).

Percebe-se até aqui que tanto a mãe quanto o bebê desenvolvem, ao longo da gestação, capacidades próprias para o parto e nascimento. Porém eles não estão sozinhos, a cena do parto e nascimento desenrola-se num lugar preparado para tal. O cenário a que me refiro é o hospital, e é dele que trato agora.

### O ambiente do nascimento

Depois de considerar a mulher e o bebê, debruço-me sobre o ambiente dos cuidados profissionais da sociedade ocidental científica. É no hospital que os primeiros cuidados ao bebê recém-nascido ocorrem. Existe um conjunto de procedimentos padronizados como o clameamento do cordão umbilical, higiene, exame físico, instilação de nitrato de prata nos olhos, aquecimento, apresentação do bebê à mãe e oferta do seio materno. Aqueles que trabalham na lógica hospitalar tradicional estão mais atentos aos possíveis e potenciais fatores de risco, tais como: tempo de trabalho de parto prolongado por falhas no seu mecanismo, desproporção entre o perímetro da cabeça do bebê e os diâmetros da bacia materna, problemas na adaptação do bebê à vida extra-uterina, infecções, traumatismos provocados pela passagem no canal de nascimento, asfixia. Estando o profissional com sua atenção voltada preferencialmente para estes fatores, a ordem dos primeiros contatos com os estímulos no meio extra-uterino é alterada. Em primeiro lugar seca-se o corpo do bebê e realiza-se o corte do cordão umbilical. Depois se coloca o bebê no berço de calor irradiante, para aquecê-lo e ao mesmo tempo facilitar o exame físico, o clampamento do cordão e a instilação de nitrato de prata nos olhos. Ainda neste berço, verifica-se se as vias aéreas não estão obstruídas, muitas vezes neste momento realiza-se a aspiração nasal e oral. E finalmente, o último procedimento é a apresentação do bebê à sua mãe e oferta do seio materno.

Neste modo de entendimento do que seja o cuidado ao RN, o foco da atenção não está no processo fisiológico do parto e nascimento que integra a mãe e o bebê. Ao contrário, o resultado das intervenções é um afastamento desses dois elementos e uma complicação do processo de resolução deste momento e início dos cuidados maternos (Zveiter, 2003). Ora, esta lógica de atendimento, desde a ordenação das prioridades, é invasiva e demanda ainda mais energia tanto da mãe quanto do bebê (Progianti et al., 2004). Não questiono aqui o que a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) preconiza como cuidados essenciais ao RN. Minha intenção é provocar uma reflexão sobre o modo de realização de cada passo deste protocolo de atendimento ao RN, e as suas conseqüências. Eu entendo que ocorre uma invasão do ambiente no processo. Esta demanda extra de energia para responder à invasão do ambiente pode constituir a base das marcas psíquicas. Os efeitos dessas marcas podem ecoar nas falhas do vínculo mãe-bebê e, conseqüentemente, nos cuidados maternos e na saúde do bebê.

### Os desdobramentos dos primeiros cuidados prestados ao bebê

712

Para conduzir esta discussão encontro apoio na teoria winnicottiana. O autor é bem claro sobre o seu entendimento do que seja recomendável para quem acaba de nascer:

É inteiramente possível afirmar que não existe qualquer conhecimento preciso quanto aos efeitos do processo de nascimento sobre o bebê que está nascendo. (...) Muitos poderiam argumentar que não é possível existir esse efeito, já que o bebê ainda não está ali na condição de um ser humano a ser afetado. O ponto de vista que estou adiantando aqui é o de que no momento do nascimento a termo já existe um ser humano no útero, capaz de ter experiências e acumular memórias corporais e até mesmo organizar defesas contra possíveis traumas (como a interrupção da continuidade do ser pela reação contra intrusões do ambiente, na medida em que este falha em sua missão de se adaptar). (Winnicott, 1990, p. 165)

Nesse texto Winnicott se refere aos efeitos do nascimento sobre a constituição psíquica do bebê. A metodologia baseada em medidas de quantidades de tempo e indicadores de qualidade das condições físicas em que se dá o parto não dá conta das conseqüências psíquicas deste processo para o recém-nascido. Para o bebê, o nascimento não está na percepção da separação do seu corpo e do corpo de sua mãe (Winnicott, 1949). Devo aqui esclarecer que, durante a gestação, o feto experimenta algumas *notícias* do mundo extra-uterino; realmente ele é invadido repetidas vezes por esses estímulos externos. Os exemplos disso

estão no desenvolvimento da gestação. Primeiramente a percepção da respiração da mãe (Winnicott, 1990) e dos outros ruídos produzidos por ela; mais tarde a percepção de sons vindos de fora do corpo materno; e no último trimestre da gestação as contrações de Braxton-Hicks.<sup>4</sup> Nesta situação de modificação do gradiente de pressão intra-uterina é necessário reagir, mas logo após a contração o gradiente de pressão volta ao estado anterior e a reação pode cessar. Deste modo ele é preparado lentamente para a experiência de intensidade máxima: o nascimento (Zveiter et al., 2005). É possível compreender que o bebê está psiquicamente pronto, dentro dos limites fisiológicos de respostas às demandas intrínsecas ao próprio fenômeno, para ser invadido pelo meio extra-uterino e suportar esta transição.

Esta abordagem do recém-nascido merece consideração de pesquisa no ambiente onde ocorre o parto, com vistas aos desdobramentos diretamente relacionados à saúde mental da criança e, até mesmo, sua sobrevivência. Winnicott (1969) afirma que as injúrias que o bebê pode sofrer no nascimento não devem ser consideradas apenas em termos dos danos físicos. Mesmo considerando que os problemas físicos sejam freqüentes, conforme descreve a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) – e em muitas ocasiões as condições físicas predominem sobre as psíquicas –, não se justifica que as demandas emocionais da mãe e do bebê sejam negligenciadas. A experiência do nascimento pode ser tomada como não traumática, nos termos winnicottianos (Winnicott, 1949), se estiver de acordo com a possibilidade que o bebê adquiriu na vida intra-uterina para suportá-la e reagir a ela. O “grito do nascimento” (Spitz, 1965, p. 83) pode ser entendido como exemplo de uma reação que permite ao RN encher os pulmões de ar e, conseqüentemente, não entrar em asfixia, ou seja, uma reação fisiológica que não deixa marcas traumáticas. Porém, se o período do parto se prolonga ou a intensidade das contrações aumenta, a intrusão do ambiente provoca uma reação mais duradoura, e essa experiência de precisar reagir por um longo tempo pode tornar-se traumática (ibid.).

É interessante notar que a mãe e o bebê, saudáveis, vivenciam o processo do parto e nascimento, com um aparato fisiológico absolutamente adequado. Além disso, do ponto de vista psicológico, também houve um preparo para o momento. Porém, ambos sofrem as conseqüências do trabalho de parto sem nenhuma possibilidade de prever o seu término. Segundo Winnicott (1990): “Do ponto de vista do bebê, o nascimento anormal significa aquilo que do nosso ponto de vista chamamos de trabalho de parto prolongado” (p. 168). O tempo de parto é um

4. Contrações de baixa intensidade, sem dor. Não são prenúncios de trabalho de parto e fazem parte do desenvolvimento normal da gestação.

problema interessante por relacionar-se com o início da respiração e com a capacidade que cada bebê tem de tolerá-lo (ibid.). Por ser geralmente a cabeça a primeira parte do corpo a se apresentar no canal do parto, um período prolongado de compressão do córtex cerebral, dada a flexibilidade dos ossos do crânio, pode causar dor e momentos de *blackout* (Greenacre, 1945; Winnicott, 1990). As marcas deste tempo prolongado, “infinito”, somado à dor, podem aparecer sob a forma de uma dificuldade em lidar com situações em que a forma e a previsão do fim não estão definidas (Winnicott, 1990, p. 167).

Na cena do parto espera-se que o bebê chore forte ao nascer, com a intenção de avaliar sua vitabilidade na escala de Apgar (1953). Deve-se observar que esta é a primeira vez que ele grita, ele chora forte numa aflição por ar, luta para não sufocar (Spitz, 1965). Esta é a sua primeira necessidade e ela deverá ser imediatamente satisfeita por um mecanismo neurofisiológico de *feedback*. Depois de observar muitos partos, Spitz chegou a conclusão de que o nascimento é normal quando acontece num tempo e em condições fisiológicas adequadas. No nascimento normal não há marca traumática psíquica. Winnicott (1949) concluiu o mesmo. Como, na sua teoria, não há ego no início da vida psíquica, não há objeto a ser perdido. Um outro dado importante da teoria winnicottiana é que a vida intra-uterina “prepara” o feto para a vivência do nascimento, conforme citado anteriormente.

Observando-se o nascimento, percebe-se a incrível resistência do bebê, ao passar pelo canal do parto, por exemplo. Ele é capaz de suportar pressões e carência de oxigênio que um adulto não suportaria. No bebê, a fisiologia, as sensações e a maneira de vivenciar o ambiente a sua volta são bem diferentes do modo adulto de fazê-lo. Porém, essa aparente proteção natural ao ambiente não é uniforme em todo o organismo do neonato. Spitz (1965) chamou atenção para o fato do sofrimento do bebê: “Ele não pode dizer que sofre, o que não significa que não sofra” (ibid., p. 116). Embora a organização psíquica do bebê pareça estar pronta para suportar a dor de modo mais eficaz do que o adulto, as marcas desta dor podem deixar cicatrizes psicológicas traumáticas (Spitz, 1965; Greenacre, 1945).

Coloca-se aqui um problema: quais são os indicadores de trauma num nascimento? Ou ainda: quais são os agentes de trauma num parto que podem dificultar o vínculo mãe-bebê? As respostas a estas perguntas repousam sobre a noção do que possa ser risco para a patologia psiquiátrica na infância.

A assistência ao parto no modelo hospitalar tradicional está focada no fenômeno biológico e no tempo quantificado. De fato, não é possível isolar um momento como um fator de risco para o futuro aparecimento de uma patologia psiquiátrica, observando-se o mecanismo de parto. Cramer (1987) aponta a importância para a “visão bifocal” (p. 49) neste momento. O profissional atento a

esta indicação observa o modo como o RN se apresenta e como se dá a relação mãe-bebê, desde o início. Sabe-se que, em saúde mental, o risco para o desenvolvimento de algum problema está fundamentado em dados obtidos retrospectivamente.<sup>5</sup> Sendo assim, a identificação de alguns fenômenos como fatores de risco têm pouco valor nesse momento. Contudo, isso não significa que se devam abandonar os esforços de pesquisa que tentam estabelecer populações em risco para a aplicação de medidas preventivas (Zveiter, 2003). Neste sentido já se pode falar nas crianças nascidas nas camadas sociais mais pobres (Escalona apud Cramer, 1987) e nos filhos de mães psicóticas (Anthony apud Cramer, 1987). Além disso, a noção de risco para a saúde mental do bebê engloba a dimensão das interações preexistentes no ambiente onde o bebê será criado, o que legitima a determinação de “casais de risco [...] ou situações de risco” (ibid., p. 48).

Até aqui tentei explicitar os fatos do funcionamento corporal e psíquicos, dados que podem ser estudados separadamente ou em conjunto. Agora passo a considerar, rapidamente, a questão da formação do profissional que atende o bebê e sua mãe na cena do nascimento.

A formação em saúde pode privilegiar os aspectos biológicos ou psíquicos. O que ocorre, no entanto, é que cuidar de um bebê recém-nascido inclui saberes e discussões interdisciplinares. É muito claro o embasamento teórico que justifica os procedimentos relacionados às complicações do parto. Os profissionais compartilham o saber sobre os motivos dos problemas metabólicos, respiratórios e circulatórios é relativamente simples indicar as bases do manejo dos problemas neonatais. O mesmo não é verificável no que toca a fundamentação teórica das rotinas de cuidados, na sala de parto, ao bebê saudável (Kjellmer e Winberg, 1994).

Sobre as pesquisas que se relacionam com as investigações acerca do desenvolvimento psíquico do bebê, sabe-se que existem três áreas: a médico-quantitativa da terapêutica; os estudos sobre apego ou vínculo; e uma área de interseção com a antropologia (Estellita-Lins, 2002). A criança surgiu na obra freudiana como o conteúdo do que era dito pelos pacientes adultos e serviu para fundamentar a teorização da sexualidade infantil. Pouco a pouco foi tomando o centro da cena nas pesquisas dotadas de protocolos específicos para investigação do desenvolvimento psíquico, do comportamento e do pensamento infantil. Com a valorização de um novo objeto de pesquisa – a relação mãe-bebê – foi aberto um caminho para a pesquisa médico-quantitativa e tornou-se possível a colaboração entre “a antropologia social, a psicologia cognitiva e a epidemiologia clínica” (ibid., p. 160).

5. Só num estudo retrospectivo pode se estabelecer a relação entre o fator de risco biológico, os fatores de riscos sociais e os de riscos psicológicos determinados pelo ambiente (Cramer, 1987, p. 48).

Um bom exemplo da variedade de pesquisas interessadas em questões comuns ao cuidado do RN são os estudos do comportamento animal. O contato com observadores do comportamento animal estimulou o trabalho de Bowlby (1969) desde a década de 1950, quando ele notou que seria possível utilizar os resultados das observações de animais para levantar hipóteses que ajudassem na compreensão das necessidades e capacidades de adaptação do bebê humano.

Além disso, a utilização de cobaias de mamíferos inferiores permite a experimentação e uma aproximação do mecanismo fisiológico como, por exemplo, o sistema endócrino e neurológico, envolvido no comportamento materno,<sup>6</sup> que não seria possível no trabalho direto com humanos. O comportamento materno humano, como o dos outros primatas, deve ser tomado como um comportamento psicossocial que possui uma base fisiológica; os estudos com animais possibilitam aproximações que podem ser úteis ao trabalho com bebês humanos (Rosenblatt, 1994). É importante, contudo, salientar que, se a utilização dos resultados de pesquisas laboratoriais com cobaias é facilmente aplicada na elaboração de estudos que investiguem a fisiologia humana – ao considerar-se a complexidade do sistema nervoso central humano –, percebe-se que a aplicação dos conceitos de evolução biológica deve ser feita com muita cautela no tocante ao comportamento humano (Kjellmer e Winberg, 1994). Apesar de todas as dificuldades em correlacionar os estudos de outros mamíferos com o contexto do nascimento do bebê humano, os caminhos que podem nos conduzir ao conhecimento da natureza humana não podem ser negligenciados, e aí estão incluídas as considerações acerca do que deve ser feito na cena do parto. Pesquisas realizadas em ambiente de laboratório, com outros mamíferos, dão destaque à fase de observação. Nesta fase, seleciona-se a unidade de comportamento que se pretende estudar, após uma determinada intervenção. Nessas pesquisas existe uma perspectiva evolucionista, com atenção especial às causas e aos efeitos do comportamento. Além disso, tais pesquisas tendem a manter muita cautela na fase interpretativa e nas inferências sobre as semelhanças com a espécie humana (Kjellmer e Winberg, 1994; Rosenblatt, 1994; Hofer, 1994; Blass, 1994; Keverne e Kendrick, 1994). As pesquisas com cobaias lançam novas perspectivas sobre o que ocorre com a mãe humana e seu bebê, e sugerem que a seqüência de adaptações que acontecem sistematicamente em ambos, a partir do parto, foi selecionada pela evolução da espécie para enfrentar condições ambientais muito diferentes daquelas que a dupla irá encontrar no ambiente atual. Considera-se, então, que a rotina de cuidados prestados ao RN

6. Bowlby (1969) estabeleceu uma diferença entre o estado maternal e o comportamento maternal. O comportamento maternal é muito sensível aos estímulos ambientais, porém só é disparado quando a fêmea se encontra no estado maternal, e persiste durante alguns dias ou semanas após o parto, se verificando na presença dos seus filhotes.

pode interferir negativamente no que seria “evolucionariamente” esperado e acarretar problemas na formação do vínculo mãe-bebê (Alberts, 1994).

### Considerações finais

Pode parecer que julgo o cuidado profissional na cena do parto e nascimento algo dispensável, que a mãe e a criança realmente não precisam de mais ninguém nesse momento. Devo esclarecer que não se trata disto, a presença do profissional na cena é importante desde que ele tenha sempre em mente que tanto a mulher quanto a criança adquiriram as condições necessárias e devem ser capazes de passar pelo momento do parto e nascimento. O profissional deve funcionar como um facilitador no ambiente do parto e nascimento. Naquele momento trata-se do cuidado do cuidado. Dito de outro modo, o profissional cuida para que a mãe exerça sua função de cuidar do bebê, desde o parto. É fundamental lembrar ainda que o profissional deve ser capaz de interpretar os sinais emitidos pelos protagonistas da cena, a mãe e o bebê, de que algo não vai bem e tomar as providências necessárias.

Além disso, concordo plenamente com alguns autores da enfermagem obstétrica (Progianti e Vargens, 2003) que, ao postularem os princípios básicos da enfermagem obstétrica, afirmam que “a enfermeira *acredita que o evento exige cuidado, e não controle*” (Progianti et al., 2004, p. 25). O modelo de assistência ao parto e nascimento, que prima pelo controle e intervenção, é risco potencial de trauma para a mãe e para o bebê. Afirmo isto por entender que ambos estão prontos para responder às demandas próprias do evento para o qual se prepararam, não para demandas extras.

Finalmente, creio que ainda temos um longo caminho de debates e pesquisas sobre o cuidado no parto e nascimento. Ainda temos que nos perguntar sobre os modos de cuidar na cena do nascimento, ou sobre como estamos recebendo os nossos semelhantes, com vistas a uma redução dos riscos de uma intervenção traumática.

### Referências

ALBERTS, J. R. Learning as adaptation of the infant. *Acta Paediatric Supplement*, Stockholm, v. 397, p. 77-85, 1994.

ANTHONY, J. & CHILANDD (ed.). L'enfant à huit risqué psychiatrique. In: ANTHONY, J. & KOUERNIC, C. (ed.). *L'enfant dans sa famille*. Paris: PUF, 1980. v. III.

APGAR, Virginia. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Current Researches in Anesthesia and Analgesia*, v. 3, n. 4, p. 260-7, 1953.

BALASKAS, Janet. *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. São Paulo: Ground, 1993.

BLASS, E. M. Behavioral and physiological consequences of suckling in rat and human newborns. *Acta Paediatric Supplement*, Stockholm, v. 397, p. 71-6, 1994.

BOWLBY, John (1969). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BURCH, E. e SACKS, J. *Saúde para mulheres grávidas*. São Paulo: Mcotas, 1999.

CANGUILHEM, Georges (1943). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CRAMER, Bertrand. A psiquiatria do bebê: uma introdução. In: *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p. 24-74.

ENKIN, Murray et. al. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ENNING, Cornelia. *O parto na água – um guia para pais e parteiros*. São Paulo: Manole, 2000.

ESCALONA, S. Programmes d'intervention pour lês enfants à huit risque psychiatre: contributions de la psychanalyse des enfants et la théorie du développement. In: ANTHONY, J. & KOUPERNIC, C. (ed.). *L'enfant dans sa famille*. Paris: PUF, 1980. v. III.

ESTELLITA-LINS, Carlos E. A diáspora dos métodos de pesquisa em saúde mental da criança e da mulher. In: MINAYO, M. C. S. e DESLANDES, S. F. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 155-93.

GREENACRE, Phyllis. The biological economy of birth. *Psychoanalytic study of the child*. New York, v. 1, p. 31-51, 1945.

GUALDA, Dulce Maria Rosa. *Eu conheço a minha natureza – a expressão cultural do parto*. São Paulo, maio, 2002.

HOFER, M. A. Early relationships as regulators of infant physiology and behavior. *Acta Paediatric Supplement*, v. 397, p. 9-18, 1994.

KEVERNE, E. B. e KENDRICK, K. M. Maternal behaviour in sheep and its neuroendocrine regulation. *Acta Paediatric Supplement*, n. 397, p. 47-56, 1994.

KJELLMER, I. e WINBERG, J. The neurobiology of infant-parent interaction in the newborn: an introduction. *Acta Paediatric Supplement*, n. 397, p. 1-2, 1994.

MAUS, Marcel (1934). As técnicas corporais. In: *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1974. v. II, p. 209-33.

MEDINA, Edymara Tatagiba. *Tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica e seus efeitos sobre o trabalho de parto – um estudo exploratório*. 2003, 75p. Dissertação

(mestrado em Enfermagem Obstétrica). Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ODENT, Michel. *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

\_\_\_\_\_. *O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto*. São Paulo: Ground, 2003.

\_\_\_\_\_. *Água e sexualidade – a importância do parto ecológico*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2004.

PROGIANTI, Jane Márcia e cols. Parto e nascimento: reflexões de enfermeiras obstétricas. *Enfermagem Atual*, n. 20, p. 23-6, 2004.

PROGIANTI, Jane Márcia e VARGENS, Octavio Muniz da Costa. O uso de tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica na desmedicalização do parto. In: *Anais do Simpósio Internacional de Inovação e Difusão do Conhecimento em Enfermagem*. Ribeirão Preto, agosto 2003, p. 318.

ROSENBLATT, J. S. Psychobiology of maternal behavior: contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans. *Acta Paediatric Supplement*, v. 397, p. 3-8, 1994.

SOUZA-Dias, Therezinha Gomes. *Considerações sobre o psiquismo do feto*. São Paulo: Escuta, 1999.

SPITZ, René A. (1965). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

WORLD Health Organization (WHO). *Essential newborn care – report of a technical working group*. Division of Reproductive Health (technical support). Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood, 1996, <[http://www.who.int/rht/documents/MSM9613/essential\\_newborn\\_care.htm](http://www.who.int/rht/documents/MSM9613/essential_newborn_care.htm)> Acesso em 21 de agosto de 1999.

WINNICOTT, D. W. (1949). Birth memories, birth trauma, and anxiety. In: *Collected papers: pediatrics through psycho-analysis*. London: Tavistock, 1958. p. 174-93.

\_\_\_\_\_. (1956). Primary maternal preoccupation. In: *Collected papers: pediatrics through psycho-analysis*. London: Tavistock, 1958. p. 300-5.

\_\_\_\_\_. Experiência do nascimento. In: *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 165-72.

ZVEITER, Marcele. *Contribuições ao documento da Organização Mundial de Saúde: cuidados essenciais ao recém-nascido – comentários sobre as implicações psíquicas*. 2003, 164p. Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde). Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz.

ZVEITER, Marcele et al. O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo, ano XVIII, n. 183, p. 86-92, jul./2005.

## Resumos

*El tema del trauma de nacimiento circula en las publicaciones psicoanalíticas hace mucho tiempo. Buscando respuestas para lo que pudiera ser traumático en el nacimiento seguí una senda recorriendo los puentes entre: cuidado ejercido en la escena del parto y las primeras experiencias del bebe. El objetivo aquí es discutir el trauma de nacimiento relacionado al modo de cuidar en la escena del nacimiento.*

*La relevancia del tema reposa en la relación entre: cualidad de las experiencias iniciales y un desenvolvimiento saludable. La conclusión es que el modo de asistir al parto puede dejar marcas psíquicas importantes, influenciando directamente en el cuidado materno, siendo por tanto un riesgo para trauma en el nacimiento.*

**Palabras claves:** Trauma, nacimiento, parto, psicoanálisis

*Le sujet du trauma de la naissance est présent dans les publications psychanalytiques depuis longtemps. En cherchant les réponses sur ce qui peut être traumatique dans la naissance, j'ai suivi un chemin parcourant les ponts entre les soins donnés dans la scène de l'accouchement et les premières expériences du bébé. L'objectif ici est celui de discuter le trauma par rapport au mode de soigner dans la scène de la naissance.*

*La pertinence du thème se base sur le rapport entre la qualité des expériences initiales et un développement sain. La conclusion ici est que le mode d'assistance à l'accouchement peut laisser des marques psychiques importantes, produisant des effets directement sur les soins maternels, représentant donc un risque de trauma à la naissance.*

**Mots clés:** Trauma, naissance, accouchement, psychanalyse

*The subject of the birth trauma has been present in psychoanalytic literature for many years. In the search for answers as to what might be traumatic in birth I followed a path that included the bridges between the cares dispensed at the moment of birth and the baby's first experiences. The objective here is to discuss the trauma in relation to the mode of care given at the moment of birth.*

*The importance of the theme is based on the relationship between the quality of the baby's first experiences and his/her healthy development. The conclusion here is that the acts carried out at birth can leave significant psychic marks that directly influence the care given by the mother. It is therefore a risk of trauma at birth.*

**Key words:** Trauma, birth, childbirth, psychoanalysis

Versão inicial recebida em janeiro de 2005

Aprovado para publicação em setembro de 2005