

**PPGΨ**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO**

**NATÁLIA MACHADO BRITO**

**INFERTILIDADE SEM CAUSA  
APARENTE E MEDO: UMA POSSÍVEL  
RELAÇÃO SOB O OLHAR DA  
PSICANÁLISE**

Orientador: Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues

Juiz de Fora  
2015

**PPGΨ**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO**

**NATÁLIA MACHADO BRITO**

**INFERTILIDADE SEM CAUSA  
APARENTE E MEDO: UMA POSSÍVEL  
RELAÇÃO SOB O OLHAR DA  
PSICANÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Natália Machado Brito.

Orientador: Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues

Juiz de Fora  
2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Brito, Natália Machado.

Infertilidade sem causa aparente e medo: uma possível relação sob o olhar da psicanálise / Natália Machado Brito. -- 2015.

145 p.

Orientador: Antenor Salzer Rodrigues

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2015.

1. Infertilidade sem causa aparente. 2. Medo. 3. Psicanálise. 4. Estresse. I. Rodrigues, Antenor Salzer, orient. II. Título.

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

Dissertação defendida e aprovada, em [27/02/2015], pela banca constituída por:

**Natália Machado Brito**

---

Presidente: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Juliana Perucchi

---

Titular: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lívia Tourinho Moretto

---

Orientador: Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues

Juiz de Fora  
2015

## AGRADECIMENTO

Chego mais uma vez ao final de mais uma etapa da minha vida. Neste percurso foi atravessada por um saber que me envolveu e me instigou a continuar o aprendizado. Mas tal percurso não foi uma caminhada solitária, ao contrário, muitos foram os que contribuíram para que eu pudesse me encontrar aqui. Neste sentido, dedico este espaço do meu trabalho para agradecê-los.

Meu principal agradecimento é Deus, por abençoar cada momento desta jornada e me fortalecer nos momentos de desânimos e quase desistência desta etapa. Se eu venci, foi porque o Senhor esteve ao meu lado, sendo meu refúgio e fortaleza.

Aos meus pais Deusalina e Wellington, por sempre acreditar em mim e me mostrar o qual capaz eu sou. Seus incentivos são a minha inspiração a buscar novos caminhos e me arriscar a conquistar meus sonhos.

Ao meu esposo Sanderson, pelo seu companheirismo, compreensão e paciência, pois mesmo estando consciente dos necessários momentos de ausência, em virtude das ocupações acadêmicas, jamais deixou de me incentivar, de me amar e de me apoiar.

Aos meus irmãos Michele e Leandro, pelos momentos de amor e carinho que me ajudavam a descontraír e recuperar o fôlego para continuar a caminhada.

Ao meu orientador Antenor Salzer Rodrigues, pelo seu carinho ao longo deste trabalho e por sua leitura atenta e considerações valiosas, que me conduziram nesse processo de construção de saber.

Às professoras Juliana Perucchi e Maria Livia Tourinho Moretto que aceitaram de forma generosa o convite de serem avaliadoras do presente trabalho. E por fazerem importantes considerações que contribuíram para o trabalho.

À minha amiga Natatcha por todo seu apoio nestes dois anos. Eu serei eternamente grata por tudo o que fez por mim.

À sua filha e minha nova amiga Victória, por ter me acolhido em sua casa.

Aos colegas do Mestrado, que compartilharam comigo a aquisição de novos conhecimentos.

E finalmente, as participantes que confiam a mim seus segredos, desejos e angústias, de forma que inspiraram meu interesse em aprofundar e escrever este trabalho.

Assim como não se nasce mulher para o inconsciente porque há um caminho a ser percorrido, não se nasce mãe, mas sim advém-se a isto a partir de um longo trabalho. Seja através do coito, da fertilização assistida ou da adoção, a mulher alcança a sua condição de mãe através das inscrições simbólicas que pode realizar (Sigal, 2003).

## RESUMO

A teoria do Medo (*Angst*) de Freud postula que o ego, ao perceber a ameaça de desejos inconscientes, desencadeia o afeto de medo, que por sua vez aciona o recalque, podendo, então, desencadear a formação de sintomas neuróticos, como também os somáticos. Aqui, o medo neurótico, da mesma forma que uma grave ameaça real, mantém o sistema fisiológico em funcionamento alterado caracterizando o processo de estresse crônico, que desencadeia as doenças psicossomáticas. A partir dessa premissa, suspeita-se a ISCA possa ser outro sintoma. Esta pesquisa qualitativa tem como objetivo pesquisar uma possível relação entre medo e ISCA, analisando possíveis vivências estressantes e às manifestações clínicas do medo em mulheres que fazem tratamento. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturada e de um diário de campo. Para análise dos dados adotou-se a Análise de Conteúdo, em específico a análise temática. A análise dos resultados evidenciou eventos estressores, anterior à decisão de engravidar e na fase do tratamento. Tais eventos foram acompanhados de sintomas somáticos e neuróticos. Pode-se inferir que a ISCA talvez possa ser uma consequência do processo de defesa psíquica, embora não seja possível desvendar este enigma, pois teríamos que entrar numa discussão de causalidade, que na verdade não diz nada quando estamos diante do inconsciente.

Palavras-chaves: Infertilidade sem causa aparente. Medo. Psicanálise. Estresse.

## **ABSTRACT**

The Unexplained Infertility (UI) is a medical diagnosis given when there is no identified changes signals related to reproduction. But what escape of scientific knowledge when we cannot identify the infertility's cause? This research bet that there is something of the order of fear and psychic defense that deserves more attention, since the point of view of the unconscious productions, UI might be another symptom. This qualitative research aims to investigate the relationship between fear and UI, analyzing possible stressful experiences and clinical manifestations of fear in women under treatment. The data collection was carried out through interviews semi-structured interviews and a diary. For data analysis we adopted the Content Analysis, specifically thematic analysis. The results showed stressful events preceding the decision to get pregnant and at the stage of treatment. These events were followed by somatic and neurotic symptoms. It can be inferred that the UI might be a consequence of psychic defense process, although it is not possible to unravel this puzzle, because we would have to enter into a discussion of causality, which actually says nothing when we face the unconscious.

**Keywords:** Unexplained Infertility. Fear. Psychoanalysis. Stress.



## LISTA DE SIGLAS

CEP/UFJF	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HPA	EIXO HIPOTÁLAMO-HIPÓFISE-ADRENAL
HPG	EIXO HIPOTÁLAMO-HIPÓFISE-GONADAL
HU-UFJF	HOPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
GnRH	HORMÔNIO LIBERADOR DE GONADOTROFINA
ISCA	INFERTILIDADE SEM CAUSA APARENTE
LH	HORMÔNIO LUTEINIZANTE
MPIV	MUSIC PLAYER IV
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 O CAMINHAR DA CONSTRUÇÃO SOCIAL SOBRE A MATERNIDADE NA SOCIEDADE OCIDENTAL.....	15
2.1 Maternidade: única via para a feminilidade? Uma perspectiva Freudiana para elucidar a importância do ser mãe na constituição psíquica .....	19
2.2 Infertilidade e a ferida narcísica .....	26
2.3 Maternidade: uma posição fálica e a feminilidade .....	28
3 QUANDO SE DEPARA COM A DIFILCUDADE DE ENGRAVIDAR... ..	36
3.1 Infertilidade, o novo objeto de investigação da ciência: conceito, etiologia e tratamento .	38
3.2 Diante a infertilidade é preciso ir além do corpo orgânico, é preciso escutar o que vem da ordem do inconsciente .....	42
3.3 A Infertilidade Sem Causa Aparente: um enigma a ser desvendado.....	45
4 PENSANDO A INFERTILIDADE SEM CAUSA APARENTE A PARTIR DO CONCEITO DE SINTOMA EM PSICANÁLISE.....	50
4.1 Uma breve discussão sobre a concepção de normal e patológico relacionado ao fenômeno denominado “infertilidade” .....	50
4.2 O conceito de sintoma na perspectiva de Freud .....	55
5 MEDO E INFERTILIDADE SEM CAUSA APARENTE: UMA POSSÍVEL RELAÇÃO A PARTIR DA RELEITURA DA TEORIA DA <i>ANGST</i> DE FREUD .....	59
5.1 O vocabulário Angst e seus equívocos .....	59
5.2 A releitura da teoria do medo em Freud – uma possibilidade de ir além do seu postulado	60
5.2.1 PRIMEIRA TEORIA DO MEDO .....	61
5.2.2 SEGUNDA TEORIA DO MEDO.....	62
5.2.3 UM NOVO PENSAR SOBRE A INFERTILIDADE SEM CAUSA APARENTE A PARTIR DE UM MEDO NEURÓTICO EXACERBADO .....	65
6 CAMINHO METÓDICO DO ESTUDO .....	68
6.1 Tipo de estudo .....	68
6.2 Cenário do estudo .....	70
6.3 Sujeitos do estudo.....	71
6.4 Instrumentos da pesquisa.....	73

6.5 Estratégia de coleta de dados.....	74
6.6 Análise de dados.....	76
<b>7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>79</b>
7.1 Particularidades dos os sujeitos da pesquisa.....	79
7.2 Por que eu não consigo engravidar, se eu não tenho nada?.....	91
7.3 A infertilidade: “um obstáculo na minha vida” .....	96
7.4 O medo e as vivências estressantes .....	98
7.4.1 EVENTOS ESTRESSORES E SINTOMAS: COINCIDÊNCIAS OU POSSÍVEL CORRELAÇÃO? .....	99
7.4.2 “A <i>QUESTÃO DE A GENTE QUERER TER UM FILHO E NÃO ESTARMOS CONSEGUINDO QUE AFETA UM POUQUINHO</i> ” .....	109
7.4.3 UMA COISA QUE TENHO MEDO... ..	112
7.5 A chaga da maternidade .....	119
7.5.1 A COBRANÇA POR FILHOS .....	125
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>129</b>
<b>9 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>135</b>
APÊNDICE A - Roteiro para análise documental – prontuário.....	142
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	143
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	144

## 1 INTRODUÇÃO

A história da humanidade revela uma valorização da função reprodutiva. Tal valorização varia de acordo com a dimensão temporal e cultural de cada sociedade, de forma a responder aos interesses sociais diversos, que incluem a ordem econômica, demográfica, política, entre outros. Atualmente, na sociedade ocidental, a maternidade ocupa um lugar privilegiado no imaginário de muitas mulheres, as quais, muitas vezes, acreditam que só poderão se tornar um ser verdadeiramente completo após se tornarem mães.

Todavia, nem sempre a experiência de tornar-se mãe pode ser concretizada de forma fácil e “natural”. Em alguns casos, as tentativas de engravidar não ocorrem com sucesso e o filho tão aguardado não é gerado. Surge, então, a opção de embarcar no caminho de diagnósticos e tratamentos médicos, possibilitados pelo advento da tecnologia de reprodução humana assistida.

Apesar de todos os diagnósticos disponíveis, que permitem aos médicos identificar a etiologia da infertilidade, em alguns casos, mesmo após todos os exames necessários realizados, não é possível encontrar qualquer alteração orgânica que estaria atuando de forma a dificultar o estabelecimento da gravidez. Estes casos, denominados de infertilidade sem causa aparente (ISCA), são um verdadeiro enigma para os médicos que trabalham nesta área. Neste sentido, pode-se dizer que há na maternidade e no desejo de ter um filho uma complexidade de fatores e mistérios que desafiam a medicina a todo o momento. Faz-se necessário, então, indagar sobre o que escaparia deste saber, quando não é identificada qualquer alteração nos corpos que justificasse a dificuldade de gravidar.

Apesar dos grandes avanços tecnológicos, a maternidade e o desejo de ter um filho envolvem uma complexidade de fatores e mistérios, que desafiam a medicina a todo o momento. Como seres de linguagem, estas mulheres expressam um desejo inconsciente que nem sempre condiz com a real demanda consciente que direcionam a medicina – “quero ter um filho”. A vontade consciente das mulheres, por sua vez, alicerçada na tecnologia de reprodução assistida, não consegue deter os processos inconscientes que opera sobre a fecundidade humana.

Essas novas propostas científica não apenas produzem, com seus sucessos e

fracassos, consequências no campo das relações sociais, como também exigem do sujeito um posicionamento que não passa despercebido ao psicanalista. É aí que a Psicanálise se diferencia (mas não se distancia) da Biologia, ao defender que a infertilidade envolve muito mais que alterações biológicas. Na verdade, ela é atravessada por desejos, fantasias e medos inconscientes do homem e da mulher que remete a uma função simbólica.

Por isto, há uma diferença na escuta da demanda e, conseqüentemente, no entendimento do tema e na intervenção dos casos. Para começar, não cabe ao psicanalista responder às demandas do paciente e nem de lhe propor a cura. A psicanálise, na verdade, vai num sentido inverso, ao tentar fazer o sujeito emergir frente a todos os procedimentos científicos e, com isso, se implicar diante seus medos e sofrimento.

Aqui, não se está descartando a utilização da tecnociência sobre o serviço da infertilidade. Todavia, não se podem ignorar os numerosos casos em que a dificuldade de engravidar decorrem de sérios conflitos com a sexualidade, transtornos identificatórios, filhos fetiches, problemas narcísicos, enfim questões que a subjetividade do sujeito transforma em uma ameaça para o ego. Por isso é fundamental o profissional entender que um paciente com infertilidade, é mais que um corpo biológico, em outras palavras, cujas determinações inconscientes e fantasmáticas, têm uma influência determinante na consolidação e destino da gravidez.

Portanto, ao se deparar com pacientes que apresentam dificuldades para engravidar, é necessário considerar primeiramente que o paciente é, na verdade, um sujeito cujo funcionamento está para além do somático. É preciso considerar o corpo erógeno e as determinações fantasmáticas que produzem essas intervenções.

Assim, os casais inférteis que se encontram em tratamento nos centros de medicina reprodutiva precisam encontrar na equipe de saúde um psicólogo/psicanalista à sua disposição, pois a infertilidade, se partir de um evento traumático, provoca um rompimento na cadeia simbólica constitutiva da própria identidade e certezas do sujeito e leva-o a um sofrimento profundo. Em decorrência desse fato, faz-se importante ofertar um espaço de escuta e apoio para o sujeito, de forma que este possa contar com acompanhamento psicológico nas diferentes fases do tratamento médico. Vale lembrar que é na clínica que os reflexos dos avanços das tecnologias reprodutivas na subjetividade podem ser escutados.

Em tal propósito, é preciso desenvolver mais estudos no campo da saúde e da clínica da psicanálise, visto que ainda há poucos estudos sobre infertilidade sem causa aparente e sua relação com os processos psíquicos e, conseqüentemente, uma restrição quanto à oferta de

intervenção. Assim, estudos devem ser empregados a fim de contribuir com discussões relevantes sobre a subjetividade e o sintoma psicossomático, de forma a possibilitar articulações entre a medicina e a psicologia, em torno da infertilidade. Vale destacar ainda a importância de uma escuta diferenciada, possibilitada pela psicanálise no atendimento destas mulheres.

Ao tomar tal consideração, a presente pesquisa aposta que haveria algo da ordem dos afetos, dos quais se destaca o medo das mulheres, que merece maior atenção, já que, do ponto de vista do inconsciente, a infertilidade talvez possa ser considerada outro sintoma psicossomático. É neste sentido, que o presente trabalho caminhou, quando se propôs estudar uma possível relação entre o medo e a infertilidade sem causa aparente nas mulheres que fazem acompanhamento no Ambulatório de Infertilidade da Universidade Federal de Juiz de Fora. Para tal intuito, recorreu-se à psicanálise enquanto teoria do inconsciente e método de investigação dos processos psíquicos.

Antes de dar início ao tema propriamente dito, optou-se por abordar, no segundo capítulo, a importância que a maternidade tem na vida de algumas mulheres. Fez-se necessário, então, contextualizar as mudanças na concepção de maternidade ocorridas na sociedade ao longo do tempo, as quais são essenciais para entender o atual imperativo social por filhos e o surgimento da expressão “instinto maternal”, ainda presentes nos dias atuais. Além deste panorama histórico, o segundo capítulo traz a formulação de Freud sobre a maternidade, que, diferente de outros saberes, afirma que uma mulher não nasce mãe, mas pode vir a se tornar uma, por meio de trabalho psíquico. Mas o que levaria a mulher à maternidade? A desejar ter um filho?

Freud, a fim de entender estas questões, se envereda em teorizar a respeito do complexo de Édipo, dando destaque ao lugar ocupado pelo filho na relação com a mãe, como uma das vias possíveis encontradas pela mulher para responder à sua feminilidade. Ele dedicou sua vida estudando o enigma que assola a feminilidade, a fim de responder “o que é uma mulher?”, formulando e reformulando suas teorias. Em 1923, o mesmo concluiu que não é possível dizer o que é uma mulher, e nem, o que ela quer.

Nesta direção, que Lacan dá prosseguimento à formulação Freudiana, ao enunciar que entre as faltas de objetos para a mulher, está o falo, estreitamente relacionado com o desejo ter o filho. Assim, para ele, a falta na menina está relacionada à falta de uma identidade feminina, encontrando aquela uma via possível através da identificação com ser mãe. Porém,

Lacan vai além em sua teoria, ao pronunciar que a função fálica não responde ao enigma do que é ser uma mulher, mas acaba dividindo a função ser mãe e o ser mulher.

A partir da ênfase sobre a importância da maternidade para algumas mulheres, chega-se no final do capítulo com a seguinte questão: como ficam aquelas mulheres que não podem ter filhos, as quais a medicina intitula como inférteis? É sobre esta pergunta que o próximo capítulo se debruçará, de maneira a tentar entender melhor a impossibilidade de ter um filho.

Sabe-se que a condição de infertilidade poder remeter a uma vivência dolorosa tanto para a mulher, quanto para o homem, gerando, nestes sujeitos, conflitos psíquicos e sofrimento subjetivo, enquanto aguardam o filho que ainda não veio. Nesse sentido, o início do terceiro capítulo se propôs a retratar o deparar-se da mulher com tal experiência, de forma a trazer à luz algumas questões pertinentes da ordem psíquica que permeiam esta realidade.

Ao dar continuidade a este tema, foi preciso entender o que significa a denominação de infertilidade nos dias atuais, bem como sua etiologia e possíveis tratamentos dentro da perspectiva biomédica. Aqui, tem-se um panorama um pouco mais amplo sobre tal terminologia, a qual permite o leitor entender que, embora a infertilidade seja um fenômeno antigo, é a medicina que vai ocupar o lugar de saber sobre o mesmo, ao propor estudos que “revelam” o motivo da não reprodução, além de “soluções” para aqueles casais que se veem diante deste “mal”.

Atualmente, a busca pelas tecnologias de reprodução ofertadas pela medicina, enquanto tratamento para a infertilidade se faz cada vez mais comum nas clínicas especializadas, onde o discurso médico, muitas vezes, focado no corpo biológico anula a subjetividade do paciente. Tais condutas não permitem escutar as determinações inconscientes e seus sentidos e significados, primordiais no tratamento de infertilidade. Foi a partir de tal consideração que o final deste terceiro capítulo segue avançando, abrindo para a discussão sobre a infertilidade sem causa aparente e algumas de suas perspectivas.

Mas o que estamos chamando de infertilidade? Pois uma mulher diante da impossibilidade de gerar seu filho seria um sujeito infértil? Estas questões que norteiam o quarto capítulo deste trabalho, já que o fracasso em ter um filho biológico não deveria situar a mulher na posição necessariamente de infértil, pois ela pode continuar a realizar outros projetos em sua vida, até mesmo o da maternidade por meio, por exemplo, de adoção. Outro ponto importante abordado neste capítulo foi sobre a formação de sintomas em Freud.

Já o quinto capítulo apresenta a teoria da *Angst* (do medo), que embasou toda a pesquisa. Esta teoria faz parte de um dos pressupostos psicanalíticos elaborados por Freud, de grande importância para sua obra. Esta teoria foi o foco da pesquisa de doutorado de Rodrigues (2008), o qual propôs uma revisão da mesma, a partir da tradução *Angst*, que significa medo em alemão.

A partir dessa revisão, pressupõe-se que o medo (a *Angst*), em sua forma aguda ou crônica – o que caracterizaria um quadro de estresse orgânico, ao desencadear uma defesa psíquica, independente da situação externa, atua tanto em nível físico, gerando novos sintomas fisiológicos, neste caso as doenças psicossomáticas, quanto em nível psíquico, provocando novos sintomas neuróticos, como: fobias, sintomas hipocondríacos, novos sintomas histéricos e obsessivos, entre outros.

É sobre esta perspectiva que o presente trabalho apoiou-se, a fim de entender se o medo neurótico, indicador de um possível sintoma neurótico e de um alerta fisiológico característico do estresse, são sintomas presentes no quadro de infertilidade sem causa aparente.

Neste sentido, o objetivo geral do presente trabalho foi pesquisar se existe uma possível relação entre a infertilidade sem causa aparente e o medo, a partir da teoria psicanalítica. Quanto aos objetivos específicos, destaca-se: verificar se a participante vivenciou alguma experiência estressante no período anterior à tentativa de engravidar; e identificar as possíveis manifestações clínicas do Medo, por meio dos sintomas neuróticos (ataques de pânico, fobias e expectativa temerosa) e dos sintomas somáticos que caracterizem as denominadas doenças psicossomáticas.



## **2 O CAMINHAR DA CONSTRUÇÃO SOCIAL SOBRE A MATERNIDADE NA SOCIEDADE OCIDENTAL**

O amor materno é apenas um sentimento humano como outro qualquer e como tal incerto, frágil e imperfeito. Pode existir ou não, pode aparecer e desaparecer, mostrar-se forte ou frágil, preferir um filho ou ser de todo. [...] Observando-se a evolução das atitudes maternas, verifica-se que o interesse e a dedicação à criança não existiram em todas as épocas e em todos os meios sociais. As diferentes maneiras de expressar o amor vão do mais ao menos, passando pelo nada, ou quase nada (Badinter, 1985).

A sociedade ocidental vivenciou, no século XIX, importantes alterações em seus valores, práticas e papéis sociais. Dentre as mudanças deste período mais significativas e de particular interesse para esta pesquisa estão àquelas referentes às mulheres e a maternidade. Na verdade, o lugar e a valorização da mulher e da maternidade no âmbito sociocultural vêm se modificando ao longo dos diferentes momentos históricos e contextos culturais (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007). Segundo Gomez (2000), enquanto na Grécia antiga a teoria sobre a reprodução excluía a mulher da maternidade, na sociedade moderna vivencia-se o outro extremo, uma fabricação da maternidade ideal que busca no corpo biológico feminino signos que deem legitimidade à ideia de que a mulher nasceu para ser mãe.

Ainda de acordo com Gomez (2000), na Grécia antiga havia o desejo de excluir a mulher da maternidade, como se pode observar na própria mitologia. A história do nascimento de Atenas, por exemplo, retrata o nascimento da deusa a partir da cabeça de seu pai Zeus e não do corpo de uma mulher.

O filósofo Aristóteles, ao assumir a posição radical contra a mulher, também defendia a substituição da partenogênese masculina que viria substituir à feminina. Conforme essa perspectiva, o homem, por ter uma constituição quente, diferente da mulher, era capaz de gerar seu filho, pois podia cozinhar o sangue que seria transformado em esperma. A mulher, por sua vez, ao possuir um corpo frio, restava-lhe o papel secundário, o de alimentar o germe com seu sangue e oferecer o seu corpo para que aquele pudesse ser depositado pelo homem (Gomez, 2000). Neste sentido, a tradição do pensamento grego, influenciado pela organização

patriarcal da sociedade, em que havia a necessidade de definir o feminino como inferior e incompleto em relação ao masculino, denegava a maternidade à mulher.

Esta maneira de pensar, que conferia ao homem autoridade natural sobre a mulher, esteve em cena na história da sociedade ocidental durante muitos séculos. Foi somente a partir das transformações ocorridas durante o século XVIII que a concepção sobre a maternidade desloca-se progressivamente da autoridade paterna ao amor materno.

Ao discutir sobre o mito do amor materno no seu trabalho intitulado “Um amor conquistado: o mito do amor materno”, Badinter (1985) traça um histórico das representações sociais da mulher, do homem e da infância que se fizeram presentes na sociedade europeia, desde o século XVII até meados do século XIX. No referido livro, a autora discorreu sobre a desvalorização da maternidade durante a Antiguidade e na Idade Média, de forma a identificar mudanças ocorridas sobre essa concepção, as quais se apoiaram nas ideias em torno das relações familiares e no significado do amor materno.

Até a Idade Média, a concepção sobre maternidade não estava relacionada ao afeto e ao compromisso do cuidar da criança, sendo esta tratada com indiferença e desinteresse (Molina, 2006). Badinter (1985) explica que a sociedade ocidental durante longos séculos elaborou uma imagem dramática da infância. Influenciado pela teologia cristã, acreditava-se, ainda no século XVII, que a criança era um símbolo da força do mal, um ser imperfeito marcado pelo peso do pecado original. Conforme esta perspectiva, o ser humano era um ser ignorante, caprichoso e apaixonado, sendo a infância o mais forte testemunho de uma condenação lançada contra a totalidade dos homens, pois nela evidenciava-se o quão um capricho, por exemplo, poderia corromper a natureza humana, precipitando, então, para o mal. Para combater esses maus instintos era imprescindível uma educação severa, em que fosse proibido aos adultos ceder as vontades ou mesmo dispensar muita atenção às crianças. Neste sentido, os pedagogos, quase sempre mestres em teologia, recomendavam aos pais a frieza em relação aos filhos, lembrando-lhes, incessantemente, sua malignidade natural e denunciavam fervorosamente a ternura e a educação tolerante que algumas mulheres tinham tendência a dar.

Centrados em tais perspectivas, os pais adotaram como hábito entregar às amas de leite o seu filho para que os criassem, de forma que estas crianças só voltavam ao lar anos mais tarde. Destaca-se que após entregarem seu filho às amas, os pais, muitas vezes, pouco se inteiravam sobre o estado de saúde e desenvolvimento da criança. Eles só descobriam que o filho tinha asma, por exemplo, após muito depois da morte do pequeno. Assim, em

consequência deste cuidar indiferente, das recomendações de frieza e de um aparente desinteresse pelo bebê que acabara de nascer, bem como as diversas desgraças que assolaram a Europa (pobreza, epidemia), houve um aumento significativo na taxa de mortalidade das crianças.

O alto índice de mortalidade infantil começou a interessar os europeus, que se viram preocupados quanto às repercussões de um declínio populacional. Tais preocupações impulsionaram alguns movimentos a adotarem algumas atitudes em prol de mudanças. Entre estas atitudes podem ser evidenciadas inúmeras publicações que visaram instaurar o “amor materno” enquanto um valor natural e social, de forma a incentivar a mulher a assumir diferentes cuidados com a prole.

Surge, então, no final do século XVIII, especialmente no século XIX, uma leitura biologizante sobre a maternidade, em que expressões como “instinto maternal”, “amor de mãe”, “mãezona”, “coração de mãe” passaram a ser comumente usadas (Farias & Lima, 2004, p. 13). Aqui a dedicação e presença cautelosa da mãe são tomadas como valores fundamentais para o exercício de cuidados necessários à preservação da criança. Dessa forma, pode-se dizer que uma nova imagem da relação da mulher com a sua maternidade é fabricada, transformando a criança no objeto de privilégio da atenção materna.

Badinter (1985) salienta que dois diferentes discursos confluíram para modificar a atitude da mulher perante os filhos, a saber: o discurso econômico e a filosofia liberalista. O primeiro discurso, apoiado em estudos demográficos, buscava demonstrar a importância do número populacional para um país, alertando para os perigos decorrentes de um suposto declínio em toda a Europa. Este discurso foi importante, pois aqui se começa a enxergar a criança enquanto um valor mercantil. Já o liberalismo, aliado do discurso econômico, preconizou os ideais de liberdade, igualdade e felicidade individual, favorecendo, em maior ou menor grau, o desenvolvimento do amor e igualdade política do homem e da mulher.

Articulando-se aos interesses desses dois fatores citados, encontramos o discurso proferido por médicos que também reforçava a necessidade da mulher ocupar-se com os filhos. Este discurso baseava-se, principalmente, no argumento de que os cuidados dispensados à criança pelas mulheres seria a forma “natural” de educar e cuidar dos seus filhos, visto que só ela era capaz de gestar e pari-lo. Portanto, haveria algo concernente apenas à “natureza feminina” (Moura & Araujo, 2004).

Pode-se afirmar que as mudanças do olhar sobre a maternidade não ocorreram somente devido ao interesse social pela criança, visto que esta se encontrava, na maioria das

vezes, em péssimas condições de vida e sobre negligência de cuidados. Assim, outros fatores históricos também influenciaram o pensamento e a conduta da sociedade sobre cuidado infantil, tais como os interesses estatais, o desenvolvimento de disciplinas relacionadas à saúde e pensamentos higienistas (Cezne, 2009; Molina, 2006). Com isso, revestidas de autoridade científica, a conduta vigente ensinava mais uma vez os critérios normativos que tentaram enquadrar o "ser mulher".

Faz-se importante, neste momento, destacar que a ausência do amor materno, não pode ser pensada enquanto inexistência de um sentimento de amor entre mãe e filho, mas sim a ausência de valor fundamental que concederia à mulher um estatuto de importância no meio familiar e social. É ingenuidade ignorar que amor materno existiu em todos os tempos e em toda parte, todavia não necessariamente em todas as mulheres. Ou mesmo, acreditar que é uma fabricação das mudanças vivenciadas durante o século XVIII. O amor entre mãe e filho é um amor singular, que não permite generalizações. No próprio trabalho de Badinter, pode-se identificar uma relação diferenciada entre mãe e filho, vivenciada pelas ditas “mulheres selvagens” africanas, brasileiras e americanas, se comparadas com as mães “civilizadas”. O próprio carinho materno que os viajantes presenciavam nestas mães inspiraram mudanças de conduta dos europeus para com suas crianças.

Dessa forma, o que surge na sociedade europeia não é o amor materno, e sim, uma construção sobre a valorização da mulher enquanto mãe, que, agora dotada de poder e respeitabilidade, aos poucos foi ultrapassando o domínio doméstico. Assim, em consequência dos movimentos que ocorreram, a mulher contemporânea serviu-se de outras maneiras para conquistar seu reconhecimento social, como, por exemplo, sua ascensão no mercado de trabalho e a luta pelos direitos iguais (Cezne, 2009). Tal conquista alterou o tipo de relação que vinha mantendo com o homem, bem como a possibilitou fazer outras escolhas para além da maternidade (Correia, 1998).

De acordo com Miranda (2005), foram, nos séculos XX e XXI, os movimentos feministas, na tentativa de desconstrução da noção de feminilidade, a qual colava a concepção de mulher à maternidade, que possibilitaram o advento de uma nova ordem, de forma que a maternidade para muitas mulheres tornou-se uma escolha e não uma obrigação. A maternidade deixa, então, de ser a primeira e única preocupação das mulheres, já que a par dela vêm outros ideais. Assim, vemos que no mundo contemporâneo a mulher se vê diante a possibilidade de poder escolher se quer ou não ser mãe, de optar ou não pela maternidade, e poder ir de encontro com seu desejo e sua subjetividade.

Vale destacar que, atualmente, algumas mulheres têm optado pelo adiamento da maternidade, centrando seus interesses na construção de uma carreira profissional. A ascensão profissional, então, é colocada em primeiro plano, enquanto a maternidade é postergada, pois, assim como um filho, construir uma carreira profissional promissora demanda uma dedicação quase que integral. Todavia, o que se observa é que, embora a sociedade ocidental atual incentive a inserção da mulher no mercado de trabalho, há uma cobrança desta em relação à maternidade. Portanto, o mesmo discurso que exige que as mulheres estudem e se aperfeiçoem profissionalmente, exige que estas também possam cumprir seu “principal papel”: o de serem mães (Spotorno, 2005).

Apesar de toda a conquista e reconhecimento sobre a valorização das mulheres na atual sociedade, a maternidade ainda costuma fazer-se, nos dias atuais, presente no desejo de muitas delas. Molina (2006) anuncia que na cultura ocidental, na qual a figura da mãe é idealizada, a maternidade se faz o objetivo central na vida de algumas mulheres, sendo considerada pelas mesmas como uma habilidade natural para amar. Dessa forma, a maternidade, ao estar atrelada ao feminino, é algo que continua presente na sociedade, mesmo após as transformações socio-históricas que ocorreram nos últimos séculos.

Helena e Mansur (2003) salienta que a maternidade, mesmo com as mudanças sociais ocorridas na sociedade, ainda continua a ocupar um lugar de destaque no imaginário social, em que confere à mulher certos status e poder social, assim como no passado. A exaltação da figura materna é feita tanto nos núcleos familiares, que a reconhecem em uma posição de grande importância para o grupo familiar, como pela mídia que associa a vida familiar, a maternidade e a paternidade à felicidade a que todos procuram. Talvez possa se pensar em um tipo de escravização da mulher em relação à maternidade.

A partir do que foi abordado, fica possível evidenciar o entrelaçamento da evolução histórica e do lugar social que a maternidade ocupa para a constituição psíquica de cada mulher. Neste sentido, a fim de complementar o entendimento sobre a importância da maternidade na constituição psíquica, o presente trabalho considerou importante trazer à luz a perspectiva psicanalítica Freudiana sobre este tema.

## **2.1 Maternidade: única via para a feminilidade? Uma perspectiva Freudiana para elucidar a importância do ser mãe na constituição psíquica**

A psicanálise surgiu no final do século XIX, como uma ruptura radical com o pensamento racionalista dominante da época, a partir do conceito de inconsciente dinâmico. O seu campo teórico desenvolveu-se a partir da aplicação do método da associação livre, isto é, da prática, proporcionada pela escuta clínica dos pacientes. A sua especificidade teórica permite caracterizá-la enquanto uma teoria, uma técnica de tratamento e um método de investigação do inconsciente.

Ao longo de sua obra, Freud se indagou sobre a questão da feminilidade, esta que se fez um verdadeiro enigma para ele. Ressalta-se que se a feminilidade se fez enquanto um enigma para Freud é por justamente ela não ser um dado a priori, ao menos no nível inconsciente e de suas representações. A feminilidade, da qual Freud debate em seus textos, é um vir-a-ser, isto é, a mulher é construída através de longo trabalho psíquico (André, 1998).

Assim, a fim de tentar elucidar uma resposta que pudesse tocar a questão da feminilidade, ele postula a relação entre a maternidade e a falta feminina. Para Freud, o lugar ocupado pelo filho na relação com a mãe seria uma das saídas encontradas pela mulher para responder à sua feminilidade. A maternidade, portanto, ganha um destaque em sua obra ao deixar marcas importantes no inconsciente e na constituição do feminino, já que para ele o torna-se mulher praticamente equivale o torna-se mãe.

A fim de entender a lógica formulada por Freud sobre a questão da maternidade, é preciso contemplar a importância do complexo de Édipo no período sexual da primeira infância e o percurso que a menina faz na sua escolha objetal. Conforme o mesmo (1924/1996e) é a partir do estabelecimento e superação desse complexo que a subjetividade do sujeito é estruturada e organizada, sobretudo, em relação à diferenciação entre os sexos e ao seu posicionamento frente ao medo de castração.

O complexo de Édipo não se apresentou como uma concepção fácil, o qual Freud pudesse apreender em um único texto. Muito antes, pelo contrário, ele trabalhou esse processo em diferentes momentos de sua obra. Nesta perspectiva, nos textos “A Dissolução do Complexo de Édipo” (1924/1996e) e “Algumas Consequências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos” (1925/1996f), ele traça uma reflexão sobre a diferença existente entre o Édipo na menina e no menino, como cada um deles se coloca diante da castração e anuncia o falo como objeto de inveja. Enquanto que em “Sexualidade Feminina” (1931/1996h) e “Feminilidade” (1933[1932]/1996j), ele questiona e aprofunda a questão do feminino, instigando o leitor a refletir sobre o enigma que ele mesmo deixa em aberto: o que

quer uma mulher?

Considerando que não existe equivalência da vivência do complexo de Édipo entre os sexos, faz-se necessário traçar um paralelo do Édipo para o menino e para a menina, a fim de elucidar de maneira mais ampla todo o processo. Embora Freud, no texto de 1925, intitulado “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos”, tenha suposto que o complexo de Édipo na menina é semelhante ao do menino, ele realiza reformulações de alguns pontos, passando, então, a defender uma diferenciação quanto à relação objetal e seus desdobramentos que o menino e a menina vivenciariam na primeira infância (Freud, 1931/1996h). De acordo com sua teoria, tanto os meninos quanto as meninas tomam a mãe como o seu primeiro objeto de amor, realizando sobre ela um investimento libidinal.

Porém, ao que se refere à relação entre a menina e sua mãe, acontece uma substituição de objetos amorosos. Freud observou que a menina abandona, parcialmente, o seu primeiro objeto de amor, quando não se percebe possuidora de um pênis, e passa a endereçar sua catexia<sup>1</sup> objetal ao pai, marcando a sua entrada no complexo de Édipo. O menino, por sua vez, diferente da menina, continua mantendo a mãe como objeto amoroso durante a formação do complexo de Édipo e, em essência, por toda a vida, enquanto tem o pai como objeto de identificação.

### **Complexo de Édipo no menino**

O menino, no complexo de Édipo, encara o pai como um rival e quer tomar o seu lugar na medida em que tem a mãe como seu objeto de amor. Todavia, a partir da descoberta de que as meninas não possuem um pênis, a relação que imagina ter com a mãe, começa a mudar. A visão que o menino presencia do órgão feminino desencadeia uma ameaça de castração, já que a perda do seu próprio pênis passa a ser imaginada. Neste momento, o menino não se depara com o outro sexo, isto é, com o sexo feminino, e sim com o furo, aquilo que é pensado por meio do conceito de falta, ou seja, enquanto um “falo a menos” (André, 1998). Ele (1998) salienta que a ameaça de castração, portanto, assume um papel fundamental na estruturação do menino: o de possibilitar que o falo seja tomado ou apareça como um significante da falta. O falo, então, vai se inscrever, no psíquico, como um símbolo que falta ou que pode vir a faltar.

---

<sup>1</sup> Investimento (Roudinesco & Plon, 1998).

Assim, a aceitação da possibilidade de sua castração e o reconhecimento de que as mulheres são castradas fazem o menino entrar em conflito. O mesmo se vê diante de duas saídas: ou abandonar seu objeto de amor e, conseqüentemente, a satisfação do complexo de Édipo em função do complexo de castração; ou correr o risco de perder o pênis e colocar-se definitivamente no lugar de seu pai: “Neste conflito, triunfa normalmente a primeira dessas forças: o eu da criança se volta às costas ao complexo de Édipo” (Freud, 1924/1996e, p. 196).

Portanto, no complexo de Édipo, no qual o menino deseja a mãe e pretende eliminar o pai, ele vivencia a ameaça de castração que o impele a abandonar o objeto materno. Todo esse processo, geralmente, preserva o interesse narcísico sobre o órgão, tão valorizado pelo menino, afastando a possibilidade de perdê-lo e, por outro lado, remove sua função, introduzindo-o no período de latência (Freud, 1924/1996e). No final do complexo de Édipo o menino recalca as representações de seu amor pelo pai, recalcando também suas identificações com a posição da mãe amada e castrada pelo pai. O processo vai se concluindo com a constituição do superego e a introjeção da lei. O complexo de Édipo no menino, então, sucumbe diante do medo da castração (Freud, 1933[1932]/1996j). Tal situação acontece de forma inversa no caso da menina, em que o complexo de castração vai prepará-la para entrar no complexo de Édipo, em vez de solucioná-lo.

Vale destacar que o processo de tornar-se sujeito em psicanálise estaria relacionado com toda esta passagem da criança pelo complexo de Édipo, pois é aqui que se dá o encontro do sujeito encontro com o outro. Sendo bastante breve, a construção subjetiva se inicia a partir da sedução materna e do investimento narcísico na criança por sua mãe, isto inaugura a onipotência narcísica do bebê. O processo de subjetivação, então, avançaria com a entrada da função paterna que interdita a díade mãe-criança e faz com que a criança se aceite como terceiro na relação, estabelecendo o momento de entrada no Édipo. A partir daí, pelo atravessamento da castração e aceitação da lei, a criança reconhece o seu lugar na relação familiar, o que culmina com a saída do Édipo (Miranda, 2005).

O acesso à lei, a separação e a castração simbólica é que possibilitam a emergência do sujeito para a psicanálise. Como se pode ver, o advento da ordem simbólica supõe uma ruptura por meio de um interdito, de uma separação e da vivência da castração. Assim, é a lei do pai que introduz o “sujeito” na medida em que introduz a ordem do simbolismo, da cultura, da civilização e da linguagem. É ao preço de uma perda que se torna possível o aparecimento do sujeito e, conseqüentemente, o acesso à subjetividade.



Miranda (2005) salienta que o torna-se “sujeito” depende da instauração da ordem do simbólico, pois permite criar substitutos e com isso, permite o deixa de se ver como a “coisa”, o sujeito deixa de ser o falo. Aqui, o falo, pela intermediação do simbólico passa a ser uma criação, isto é, passa a ser algo que se deseja ter, um objeto para o qual se dirija o desejo, uma representação dividida com a cultura.

A travessia do Édipo é central para o sujeito em Freud, pois representa um momento de aceitação da diferença, de elaboração da frustração e do luto pelo que se perdeu ou teve que ser abandonado, além de ser momento de inscrição dos ideais como horizonte identificatório. A partir dele que a subjetividade vai se expressar de diferentes formas, norteadas por um ideal narcísico. Cabe destacar que os ideais narcísicos mudam de acordo com a sociedade e com os diferentes momentos históricos, que irão oferecer maneiras singulares de cumpri-los.

### **Complexo de Édipo na menina**

Enquanto o complexo de Édipo no menino sucumbe diante o medo da castração, tal saída não se dá da mesma forma no caso da menina. Nesse ponto é que, para Freud, surgiria o impasse teórico em relação às mulheres que, frente à ausência do medo de castração, teriam que lidar com uma saída atípica do Édipo.

Segundo Freud (1924/1996e), na menina, o clitóris, primeiramente, comporta-se como um pênis, porém ao observar que o órgão do companheiro de brinquedo ou do irmão é notavelmente grande e superior se comparado ao seu, ela percebe que não tem e quer tê-lo. A menina, por algum tempo, consola-se com a ideia de que adquirirá um pênis maior quando estiver mais velha. Após se dar conta da ferida narcísica, surge, então, a inveja do pênis e com ela o fundamento do sentimento de inferioridade (Freud, 1925/1996f).

Desta forma, a menina compartilha a mesma concepção feita pelo menino do órgão genital feminino, ou seja, não o percebe como um outro sexo, mas como o lugar de uma castração. A vagina, então, é conhecida como outra coisa: um “falo furado” (André, 1998). Zalcberg (2007) aponta que a castração retrata para a mulher a falta de um símbolo da sexualidade feminina – o falo – e não a falta de um órgão.

A menina, então, percebe a castração como um infortúnio pessoal. Porém, ao compreender que nem todos são providos de pênis, ela deduzirá que sua própria mãe, aquela que imaginava ser fálica, é castrada e, com isso, passa a depreciá-la e culpá-la de não lhe ter

dado um pênis, transferindo o seu amor ao pai.

Mas o que levaria a menina, diferente do menino, a abandonar o seu amor pela mãe e dirigir-se ao pai, como objeto amoroso, se para ambos os sexos a mãe é o primeiro objeto de amor e as condições primárias para escolha de objeto são as mesmas? (Freud, 1931/1996h). No intuito de responder a este questionamento, Freud enuncia o efeito do complexo de castração. Para o mesmo, “seja qual for, ao final dessa primeira fase de ligação à mãe, emerge, como motivo mais forte para a menina se afastar dela, a censura por a mãe não lhe ter dado um pênis apropriado, isto é, tê-la trazido ao mundo como mulher” (Freud, 1931/1996h, p. 241-242).

Neste sentido, a poderosa vinculação da menina com sua mãe é transformada em ódio. Tal distanciamento da mãe, pela menina, é uma ação acompanhada de hostilidade, que termina em ódio (Freud, 1933[1932]/1996j). Este afastamento da mãe é acompanhado pelo sentimento de mágoa por não sentir-se amada suficientemente por ela.

A substituição da mãe pelo pai tem como consequência a identificação feminina. Assim, o vínculo entre uma menina e sua mãe aparece como uma história em que a separação sempre é adiada, visto que o momento em que mais a odeia e tenta promover esta separação, também é aquele que se identifica com a mesma (André, 1998). Portanto, para tornar-se mulher, assim como a mãe é, a menina deve superar duas dificuldades: trocar de objeto de amor (passar da mãe para o pai) e trocar de sexo (substituir o clitóris pela vagina).

Como se pode observar, para Freud o complexo de Édipo que no menino sucumbe diante o medo da castração, enquanto que na menina permaneceria em aberto, já que seu corpo portaria a mesma falta que ela percebe com horror na mulher adulta e, principalmente, na sua mãe. Freud declara que como nas mulheres não haveria medo de castração, já que elas partem de um fato consumado relativo à falha anatômica, falta-lhe motivo para a dissolução do complexo de Édipo. A menina não conheceria o medo de castração, uma vez que esta já estaria marcada em seu corpo, mas sim o complexo de castração.

Freud (1933[1932]/1996j), então, constitui o complexo de castração como um marco decisivo na sexualidade feminina. A descoberta de que é castrada representa um marco decisivo no crescimento da menina, segundo ele. Se para o menino há temor em face da castração, para a menina esta é, nas palavras de Freud, um fato consumado. Daí três destinos se abrem, a saber: a inibição sexual ou neurose, o complexo de masculinidade e a feminilidade “normal”. O primeiro faz referência à insatisfação da menina com seu clitóris e o abandono de sua atividade fálica e da sexualidade. A segunda saída revela a recusa da

castração, o que leva a mulher a assumir o “complexo de masculinidade”, no qual a menina vai se comportar como se tivesse o falo. Já a terceira resposta, pode levar a uma atitude “feminina normal”, que só é estabelecida quando o desejo do pênis, que marca essas três respostas, pode ser substituído pelo desejo de um bebê. A maternidade surgiria como um dos caminhos possíveis de construção da feminilidade, promovendo uma substituição do falo pela criança.

A renúncia ao pênis é tolerada mediante uma compensação que a menina espera obter do pai. Segundo o drama edipiano, o que leva a menina a voltar-se para seu pai está relacionado ao desejo de possuir o pênis, que ora a mãe lhe recusou, e que agora pretende conseguir por meio dele. A menina, então, começa a amar o pai, por causa do falo que ele possui. Contudo, o pai, com sua lei, lhe nega ser o seu objeto fálico, o que a leva a eger o filho o substituto simbólico do pênis. Logo, este filho será tomado pela menina como um objeto que reparará sua falta.

Com isso, aparece nela o desejo de ter um filho do pai, o que demarca o complexo de Édipo. A menina, portanto, faz um “deslizamento” do seu amor pela mãe em direção ao pai e deste para o filho. Assim, ao se deparar com a castração da mãe, a menina espera obter do pai o objeto que não conseguiu por meio daquela. Freud, 1924/1996e constatou que:

Ela desliza – ao longo da linha de uma equação simbólica, poder-se-ia dizer – do pênis para um bebê. Seu complexo de Édipo culmina em um desejo, mantido por muito tempo, de receber do pai um bebê como presente – dar-lhe um filho. Tem-se a impressão de que o complexo de Édipo é então gradativamente abandonado de vez que esse desejo jamais se realiza. Os dois desejos – possuir um pênis e um filho – permanecem fortemente catexizados no inconsciente e ajudam a preparar a criatura do sexo feminino para seu papel posterior (p. 198).

A partir do que foi enunciado por Freud sobre o desejo de ter um filho, pode-se destacar a relação entre maternidade e castração, em que o amor da menina representa a busca pelo falo. Assim, maternidade para a menina se configura como uma via de deslizamento do desejo de ter o pênis para o desejo de ter um filho, que se constitui em uma busca de solucionar a falta fálica na mesma (André, 1998). Neste sentido, há uma falta na mulher, sendo o filho o substituto nomeado que viria como o objeto “capaz” de reparar tal falta.

Freud, então, passa a enfatizar a primazia do falo<sup>2</sup> e não a primazia do pênis, apontando que a relação entre ambos se dá pelo fato do falo se relacionar ao pênis enquanto

---

<sup>2</sup> Apesar de ter sido poucas vezes nomeado por Freud, o falo ganha maior conotação em Lacan, que é bem categórico ao afirmar que este não deve ser confundido com o pênis.

uma falta. Como ele mesmo afirma, o falo não pode ser pensado como o representante da falta de um órgão sexual em si, ou seja, do pênis, mas da falta de um símbolo do sexo feminino (Freud, 1933[1932]/1996j).

Zalcborg (2003, p. 26) salienta que “a mulher, mais do que um substituto do pênis que não o possui, busca um substituto fálico para a falta de um significante especificamente feminino, na medida em que o inconsciente só reconhece o significante masculino, que é o falo”. Nesta direção, Prates (2001) relembra que o primado do falo é o parâmetro da diferença entre sexualidade feminina e masculina, pois não há um representante psíquico para cada sexo que proporcione uma simetria. O pênis, na verdade, materializa um impasse anterior ao complexo de Édipo e possibilita uma resignificação a partir da questão: “Então é isso que me falta?”.

Ressalta-se que, apesar de Freud relacionar a falta feminina à maternidade, ele reconhece que seus estudos estavam incompletos. Haveria algo a mais que poderia dizer: o que é uma mulher? Para o mesmo, tal resposta não coube a ele, mas aconselhou que dirigissem esta pergunta a nós mesmos a partir da nossa experiência, ou mesmo aos poetas.

Emidio (2008) anuncia em seu trabalho que os imperativos que ligavam a sexualidade feminina à maternidade na teoria Freudiana devem ser pensados dentro do contexto histórico, a partir do qual a psicanálise foi criada. De acordo com a autora (2008), os textos Freudianos que falam sobre a mulher foram escritos em uma época que o amor materno era exaltado na sociedade.

Embora, a maternidade não garantem nada às mulheres contra a castração, assim como a posse do pênis no menino também não garante nada contra a castração, ela se faz importante na formação da subjetividade. Assim, da mesma forma que o ter o pênis para o menino é central na estruturação da dimensão do narcisismo secundário, em torno da qual o ego organiza os ideais e as identificações, pode-se pensar que a maternidade para algumas mulheres também se faz central na estruturação da dimensão do narcisismo e de um ideal do ego, em torno do qual se organizam os ideais e as identificações (Miranda, 2005). Com isso, não se pode desconsiderar o atravessamento do narcisismo nas questões ligadas à maternidade e, portanto, à infertilidade ou à ausência de gravidez.

## **2.2 Infertilidade e a ferida narcísica**

Freud (1914/1996c) definiu o narcisismo como “o complemento libidinal do egoísmo do instinto de autoconservação, do qual justificadamente atribuímos uma porção a cada ser vivo” (p.81). Segundo o mesmo, esta pulsão recebe um quantum a mais advinda da pulsão sexual, que tem o eu do sujeito como objeto: “A libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego e assim dá margem a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo” (Freud, 1914/1996c, p. 82). O conceito de narcisismo aponta, então, para uma retração da libido que não se liga a objetos, noção essa abarcada pelo conceito de pulsão de morte, a energia psíquica que não se liga.

O narcisismo primário é a expressão da primeira forma de organização da libido infantil. Ele revela um sentimento de onipotência, visto que o ego da criança seria dotado de todas as qualidades. Este ideal narcísico da criança, na verdade, é o reflexo do ideal de onipotência que os pais projetam nela. Freud (1914/1996c) explica que o narcisismo onipotente encontra refúgio numa instância ideal, desloca-se sobre um ego ideal que se vê na posse de toda perfeição. Assim, o ego ideal “se acha possuído de toda perfeição de valor” (p.100).

Vê-se que ego ideal se forma a partir do olhar do outro, ou seja, é o outro que investe libidinalmente no ego colocando-o em um lugar idealizado. Portanto, o ego ideal remete a idealização dos pais de filho perfeito e não na criança real. Esta que, por sua vez, se vê dessa forma, diante de uma imagem idealizada de si pelos pais, uma imagem que não corresponde a si própria.

Ressalta-se que o outro que aparece na constituição do eu por meio do jogo especular, nesse momento, não é mais que um duplo de si. Somente com a passagem para o narcisismo secundário é que o outro se apresenta como pessoa. Nesta passagem surge o ideal do ego, que se apresenta como a expressão do narcisismo secundário.

O ideal do ego surge a partir do encontro do ego ideal com a angústia de castração, contendo marcas da narcisação vivida, que é essencial, mas também da impossibilidade de correspondência ao ideal de perfeição. O que o sujeito projeta diante de si como ideal “é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal” (Freud, 1914/1996c, p.101).

Como o ideal do ego seria uma instância menos ilusória que a do ego ideal, ela estaria mais ligada à lei e à castração e, assim, passa a ser o responsável por impor condições para a satisfação da libido. Aqui, o sujeito, pela mediação da lei, percebe a si mesmo como castrado abrindo mão da completude imaginária. Depois do encontro com a castração e depois

de constituído o sujeito, o ideal do ego representará o ideal narcísico a ser perseguido pelo sujeito, ideal constituído por valores vigentes na sociedade e pelos herdados das instâncias parentais.

Assim, nas figuras de ego ideal (narcisismo primário) e ideal do ego (narcisismo secundário) vê-se “configurar diferentes tipologias narcísicas do ego que se referem a diferentes formas de satisfação da libido, o que revela, no primeiro caso, um narcisismo onipotente e no segundo, pelo efeito da castração, um narcisismo que conhece os limites do possível” (Miranda 2005, p. 112).

Sabe-se que o ideal de ego partilhado pela atual sociedade ocidental pressupõe uma mulher cidadã, profissional e mãe. Portanto, a feminilidade e maternidade referem-se a um ideal narcísico partilhado. Hoje é possível à mulher escolher ser ou não mãe, a possibilidade de conciliar a maternidade com outros investimentos optar pela maternidade. O ser mãe e a maternidade, então, seria uma “escolha” determinada pelo desejo de investimento e um objeto de amor distinto de si mesma, apoiado num narcisismo secundário.

O narcisismo é o responsável pelo desejo de imortalidade e pela crença nessa possibilidade, que muitas vezes é buscada num filho, porém que deveria ser colocada num filho apenas de maneira relativa. A infertilidade, por sua vez, ao dismantelar projeto narcísico do sujeito, leva a um abalo na sua economia narcísica e nos seus referenciais de identificação. Este abalo pode fazer emergir conflitos psíquicos ligados à identidade feminina e reativar inúmeros conflitos adormecidos. Por sua característica, a infertilidade lança o sujeito numa problemática, o que o leva a se deparar com uma ferida narcísica.

Salienta-se que não se pode desconsiderar o atravessamento do narcisismo nas questões ligadas à maternidade, como também sua relação com os outros substitutos fálicos para qual o desejo se dirige. Assim, ao considerar que não só a maternidade refere-se ao ideal do ego da mulher, mas que há outros objetos de investimento, que também remetem ao ideal narcísico a ser almejado por ela, supõe-se que existem outras vias possíveis que a permite o sujeito eleger outros objetos fálicos para tentar dar conta de sua castração.

### **2.3 Maternidade: uma posição fálica e a feminilidade**

A teoria psicanalítica sempre deu uma posição de destaque às mulheres, com ênfase nas histéricas. Mesmo após três décadas de dedicação à investigação sobre as mulheres e a

feminilidade, Freud, ao expor a complexidade existente neste tema, reconhece que não foi possível fornecer uma explicação que abarcasse respostas a suas questões. Na verdade, ele morre se indagando sobre o que é uma mulher?

Para o mesmo, a mulher não é um ser dado, ao contrário, a menina precisa, através de encargos trabalhosos, tornar-se mulher. Ainda de acordo com Freud (1933[1932]/1996j): “a psicanálise não tenta descrever o que é uma mulher – seria uma tarefa difícil de cumprir -, mas se empenha em indagar como é que a mulher se forma; como a mulher se desenvolve [...]” (p. 117). Freud, então, passou a se perguntar o que quer uma mulher? Assim, ele tenta responder a este enigma por meio da relação entre maternidade e falo. No final de seu percurso ele elege o filho como resposta desta questão, como já exposto. Portanto, o ser mãe ganha conotação significativa em sua obra ao ser equiparada com o ser mulher.

Ao dar continuidade às questões de Freud sobre a feminilidade, Lacan (1998/1957-58) parece concordar com esse, ao enunciar que entre as faltas de objetos para a mulher, está o falo, estreitamente relacionado com o desejo ter o filho: “Se a mulher encontra na criança uma satisfação, é, muito precisamente, na medida em que encontra nesta algo que atenua, mais ou menos bem, sua necessidade de falo, algo que a satura” (p. 71). Neste sentido, o filho está longe de representar apenas uma criança, na verdade, se apresenta como sendo o falo, objeto almejado pela mulher. A criança, então, é tratada, no primeiro momento, como uma solução para a falta materna.

Todavia, Lacan vai além, em sua teoria, ao pronunciar que a função fálica não responde ao enigma do que é ser uma mulher, mas acaba dividindo a função ser mãe e ser mulher. Portanto, haveria algo para além da maternidade relacionado aos enigmas do desejo da mulher.

Ao se considerar que existe algo na mulher que não está totalmente referenciado à lógica fálica, pode-se pensar num sujeito dividido o qual, de um lado, está voltado para o falo e, neste caso, para o filho que viria a ser seu equivalente e, de outro lado, voltado para um excesso, revelando um encontro com o indizível. Nesta perspectiva, o falo é um significante que dá conta de representar somente o masculino, enquanto que no feminino haveria algo a mais.

Lacan, então, afirma que há uma divisão da mulher na diferenciação entre a posição do ser mulher e do ser mãe. Neste sentido, apesar de obscurecer o desejo da mulher, o filho, ao ocupar o lugar de objeto fálico, não obstrui completamente o desejo sexual desta. Dessa forma, a mulher não é saturada pela maternidade, ao contrário há um movimento desta em

direção a outros objetos, como, por exemplo, o parceiro ou o trabalho.

Uma das versões que Lacan dá para a mãe, no primeiro tempo do Édipo, é a de que ela é ameaçadora e portadora de um poder sem lei, ou seja, uma fera devoradora e insaciável. Lacan compara esta mãe ameaçadora e devoradora à bocarra de um crocodilo que estaria prestes a devorar a criança a fim de saciar seu desejo, ou seja, compensar sua falta (Lacan, 1998/1956-57). A boca aberta do crocodilo representaria a ameaça, pois não se sabe quando irá fechar e devorar a criança. Ele (1998/1956-57) aponta “Esta mãe insaciável, insatisfeita, em torno de quem se constrói toda a escalada da criança no caminho do narcisismo, é alguém real e está ali e, como todos os seres insaciados, ela procura o que devorar, *quaerens quem devoret*. O que a própria criança encontrou outrora para anular sua insaciabilidade simbólica vai reencontrar possivelmente diante de si como uma boca escancarada (p. 199)”.

A partir do que foi exposto pode-se dizer que tal insaciabilidade remete à forma que a mulher encontra de tamponar a falta feminina, substituindo o falo pelo filho. Nesta direção, o desejo da mãe está relacionado com o falo encarnado pela criança, a qual se apresenta a esta como objeto de completude, aquele que conseguiria satisfazê-la (Lacan, 1998/1956-57). A posição fálica ocupada pela criança, por sua vez, diz da maneira encontrada por esta de não se defrontar com o desejo enigmático materno e, conseqüentemente, com a castração feminina (Zalberg, 2003). Portanto, ao falo é atribuído o significado enigmático do desejo da mãe, ao qual a criança assume, de forma que passa a ser o seu suposto objeto de desejo.

Contudo, a posição de objeto que a criança se coloca diante da mãe não pode continuar indefinidamente, pois ela [criança] corre o risco de ficar assujeitada ao desejo materno, sem poder constituir seu próprio desejo. Portanto, é imprescindível que ocorra uma separação entre o desejo da mãe e a criança fálica, isto é, faz-se necessário uma interdição operada pela função do pai na relação entre mãe e filho. Neste sentido, Lacan formula a metáfora paterna: aqui o pai intervém em diversos planos, enquanto função (Lacan, 1998/1957-58). A função do pai impede a criança de continuar sendo o objeto fálico do desejo materno e impõe uma barra a essa mãe devoradora.

Neste momento, faz-se necessário descrever brevemente os três tempos do Édipo, elucidados por Lacan, que se referem à posição ocupada pela tríade mãe, criança e falo e a interdição paterna. Destaca-se que esses tempos do Édipo são colocados em uma sucessão lógica, não relacionados a uma sequência de estágio de desenvolvimento, mas a uma organização do inconsciente, o qual o sujeito está submetido.



No primeiro tempo, pode-se evidenciar a tríade imaginária entre mãe, filho e falo imaginário. Lima (2006) acrescenta “a presença do pai está velada, encontra-se na cultura e na sociedade, mas não intervém efetivamente. A criança se encontra numa demanda bruta do desejo da mãe, sem mediação” (p. 161). Assim, no primeiro tempo do Édipo, encontramos esta figura materna que funciona como lei absoluta, onipotente para a criança (Lacan, 1998/1957-58).

A criança, então, vai buscar satisfazer o desejo da mãe, isto é, “to be or not to be o objeto de desejo da mãe” (Lacan, 1998/1957-58, p. 197). Para tanto, ela vai se identificar especularmente com o suposto objeto de desejo da mãe, com a imagem ideal de falo demandada por esta. Tal etapa é considerada por Lacan, a etapa primitiva, aquela em que a metáfora paterna age por si mesma, de forma que a criança ao imaginar ser o falo oferecido à mãe traz a primazia do falo, instaurada no mundo por meio da lei e do discurso.

No segundo tempo do Édipo, aparece o pai, no plano imaginário, como o interventor do desejo da mãe. A sua função vem privá-la de ter o falo, desvelando sua falta-a-ser. Neste sentido, o pai, aqui enunciado, representa a lei da proibição, de forma a interditar a relação alienante entre a mãe e a criança.

Lacan alude que a criança ao interrogar o Outro, ou seja, ao questionar o quer a sua mãe, vai se deparar com a lei do Outro da mãe. Seguindo este raciocínio que Lacan afirma ser a chave da relação do complexo de Édipo, está no fato de que a mãe se remete a uma lei que, na verdade, não é a dela, mas de um Outro, sendo este Outro o detentor do seu objeto de desejo. Portanto, a mãe é dependente de um objeto que não é o objeto de seu desejo, mas um objeto que faz referência ao Outro. Nesta perspectiva, a relação mãe-filho é marcada pela própria submissão da lei materna à lei do Outro.

É na medida em que o objeto de desejo da mãe é interdito pela proibição paterna, que o círculo não se fecha totalmente na criança, conseguinte, esta não se torna seu único objeto de desejo. Neste processo, a mãe é deslocada da posição de Outro absoluto para a condição de Outro barrado, o que remete à castração materna postulada por Freud (Lima, 2006).

De acordo com André (1998) “se a criança quer se identificar com a criança imaginária que responderia à falta da mãe, só pode situar a sua mãe como faltosa daquilo que ela se encarregar de preencher; por conseguinte, ela tem que romper com a ideia de todo-poderio deste primeiro Outro” (p. 194). A criança, então, ao reconhecer a falta materna precisa romper com o seu ideal de ser o falo que corresponderia ao desejo materno,

permitindo a introdução da lei paterna. Para Lacan (1957-58) “É na medida em que a criança é desalojada, para seu benefício, da posição ideal com que ela e a mãe poderiam satisfazer-se, e na qual ela exerce a função de ser o objeto metonímico desta, que pode se estabelecer a terceira relação, a etapa seguinte, que é fecunda. Nela, com efeito, a criança tornar-se outra coisa, pois essa etapa comporta a identificação com o pai [...] (p. 210)”.

A terceira etapa corresponde à saída do complexo de Édipo. O pai intervém nesta etapa como aquele que tem o falo e não como aquele que é o falo. Assim, o pai pode dar à mãe aquilo que ela deseja, ou seja, aquilo que ele possui. A relação entre o pai e a mãe passa para o plano do real, onde o pai é um pai potente e não mais um pai que priva, como no segundo tempo (Lacan, 1998/1957-58).

É preciso que a mãe interdita pela metáfora paterna, se descole deste suposto objeto de desejo, que é incorporado pelo filho e investida a sua libido em outros objetos. Assim, a lei paterna, ao operar sobre o desejo materno de forma a dividi-lo, faz com que a criança deixe de ser tudo para a mãe, possibilitando uma separação entre ser mãe e ser mulher.

Essa saída se mostra favorável na medida em que a identificação com o pai acontece, no qual ele intervém como aquele que tem o falo. É justamente por intervir como aquele que tem o falo, que o pai é internalizado na criança como ideal do eu. Tal identificação é a do ideal do eu que se inscreve no triângulo simbólico, onde é no nível do pai que começa a se constituir o que depois será o superego. Com isso, o pai assume o suporte das identificações do ideal do eu e permite a ascensão dos sexos, ao que se remete a virilidade ou a feminilidade.

Ressalta-se que a metáfora paterna não só substituiu a lei caprichosa da mãe, como também produz um a mais, uma nova significação, a qual o sujeito, seja do sexo feminino ou masculino, está referido à função fálica. Neste sentido, a sexualidade humana está sob a égide do falo (Lima, 2006).

Tanto Freud como Lacan declara que o filho, objeto eleito que viria preencher a falta da mãe, na realidade, não consegue corresponder deste lugar, pois a relação estabelecida entre mãe e filho sofre incidência da castração. Portanto, é uma relação marcada pela falta. Nesta perspectiva, há uma condição de não-tudo, a qual a criança não é capaz de ser tudo, de ser o falo para sua mãe, já que sempre vai haver um resto irredutível de insatisfação (Farias & Lima, 2004).

Se num primeiro momento, o falo era o símbolo que organizava o complexo de Édipo, tanto no homem quanto na mulher, tal formulação é mantida. Lacan, porém, avança ao perceber que a substituição do desejo enigmático da mãe pela metáfora paterna, que parecia

recobrir o feminino, na verdade, deixa um resto que ficaria fora desta simbolização (Lacan, 1982/1972-73). Portanto, há um resto da qual a criança não consegue dar conta, pois remete a um excesso impossível de simbolizar, logo, não recoberto pelo falo.

Lacan, então, postula a diferença entre a condição feminina e a condição materna. De acordo com Soler (2005), “O desejo feminino como tal cria ausência na mãe. Ausência a ser simbolizada, mas ausência muito necessária, porque descortina a dialética da separação. Na medida em que é mulher, a mãe é não toda para seu filho. Dividindo-se sua relação com o falo, o filho não a satura (p. 100)”.

Levando em questão tais reflexões, Zalcborg (2007) afirma que Freud sobrepõe a mãe e a mulher, movimento contrário a Lacan, o qual propõe que “mãe e mulher não só não se recobrem por completo como também, de certo modo, podem constituir posições diferentes” (p. 68). Miller ao retomar a frase anunciada na paródia de Tartuffe, de Molière (1998), destaca: “Para ser mãe, não deixo de ser mulher” (p. 8). Assim, o ser mãe não destitui o ser mulher.

Nesta perspectiva, quando a mãe está em cena, ela silencia até certo ponto a mulher, contudo, há um resto na relação entre mãe e filho, do qual este não consegue dar conta, isto é, responder suas reivindicações e saturá-la. Neste momento é a mulher quem entra em cena, fazendo suas exigências. Soler (2005) profere:

Entre a mãe e a mulher existe um hiato, aliás muito sensível à experiência. Às vezes, o filho fálico é passível de tamponar, de silenciar as exigências femininas, como vemos nos casos em que a maternidade modifica a posição erótica da mãe. No essencial, porém, o dom do filho só raramente permite fechar o desejo. O filho, como o resto da relação sexual, realmente pode obturar em parte a falta fálica na mulher, mas não é a causa do desejo feminino que está em jogo no corpo a corpo (p. 35).

Tal divisão da mulher, que se este estudo está tentando retratar, diz da posição e da movimentação que essa faz ao tentar responder ao enigma da feminilidade. Enquanto mãe há algo neste sujeito que o remete ao falo imaginário, fazendo-o atravessar a lógica fálica, por outro lado, na posição de mulher encontramos a possibilidade de que outros objetos sejam investidos nesta série.

Apesar do presente estudo não ter o intuito de trabalhar a correlação do gozo Outro com o ser mulher, faz-se necessário, neste momento, contextualizar o leitor sobre a importância deste nos ensinamentos de Lacan. No Seminário 20, intitulado “Mais, ainda” (1982/1972-73), ele enuncia o gozo feminino e afirma este que não está totalmente

referenciado à norma fálica, remetendo a um excesso irreduzível à simbolização. Portanto, há uma divisão no gozo da mulher que é não-todo fálico, que aponta para o enigma da feminilidade (Lacan, 1982/1972-73).

Ainda em relação a este seminário, Lacan trabalha a impossibilidade de um significante representar a mulher, marcando a sua falta. É fazendo referência a falta de um significante próprio que ele postula que “Não há A mulher” (Lacan, 1982/1972-1973, p. 70). Portanto, marca a não existência de um significante que conseguisse descrever uma classe de mulheres ou as decifrassem. O que restaria à mesma é confrontar-se com tal impossibilidade de definição, já que qualquer identificação pela via do significante fálico está fadada ao fracasso.

Nesta perspectiva, a falta desse significante que a nomeie, faz com que a mulher se movimente na busca de recobrir sua falta-a-ser. Tal falta a permite dirigir-se a uma série de objetos, que por sua vez, não responderiam seu enigma.

Para Farias e Lima (2004):

Entendemos que há, na relação com a mãe, algo ha de excessivo, de suspenso, um resíduo inassimilável. Esse resto vai ter incidência na forma como cada mulher vai se situar em face do ser mãe e em como cada criança vai se incluir para acalmar o apetite da mãe pelo falo faltoso. A maternidade, longe de ser uma resposta para o que resta de enigmático da sexualidade feminina, é uma versão, uma suplência para a ausência do significante d’A mulher, para a falta de resposta ao enigma da feminilidade (pp. 25 e 26).

Conforme Brousse (2001, citado por Farias & Lima, 2004), “o desejo de um filho é uma suplência do lado da primazia do falo para a ausência do significante d’A mulher. A maternidade é o nome dado à Mulher, que não existe, no campo já marcado pela castração” (p. 25). O filho talvez seja o objeto que mais permitisse a algumas mulheres “recobrir” tal falta, uma vez que está do lado da lógica fálica. McDougall (2001, citado por Emidio, 2008) comenta que “este falo não representa o órgão sexual masculino, mas sim a fertilidade, a completude narcísica e o desejo sexual, esse falo é o significante do desejo humano para ambos os sexos” (p. 80).

O ser mãe, então, remete à travessia na posição masculina, posição cujo significante representante é justamente o falo. Porém, tal significante não consegue representar por si só a mulher, sempre vai haver um falta à qual o filho não poderá preencher, mas que se faz essencial, pois permite à mulher desejá-lo. Neste sentido, quer se trate de uma mãe adotiva ou biológica, quer a procriação seja natural ou artificial, é preciso que a mulher adote por meio

do simbólico a criança real, inscrevendo-a no seu desejo, de forma que o filho ocupe, inicialmente, o lugar do falo imaginário. Portanto, é preciso que este filho venha da ordem do desejo e não da vontade.

Apesar da maternidade não ser a única via possível encontrada pelas mulheres para tentar responder a sua feminilidade e, neste sentido, o desejo de ser mãe não seja para todas, o que se observa nos dias atuais é a figura da mãe idealizada, produzida pelo discurso já descrito, se fazendo presente para muitas dessas mulheres. Seria uma questão do sujeito e de sua organização ou seria uma questão somente sociológica e histórica?

Faz-se necessário permitir às mulheres se questionarem sobre o seu desejo de ter um filho, quando procuram pelo tratamento de infertilidade, levando em consideração suas fantasias, seus medos e a vivência de seu complexo de Édipo. É preciso entender o que é o ser mãe para esta mulher, possibilitando-a fazer uma mudança na sua posição subjetiva. Para além deste desejo inconsciente é preciso entender que uma mulher ao “optar” pela maternidade, seja por meio da procriação “natural” ou do tratamento de infertilidade, ou mesmo pela adoção, a mesma está em busca de responder sobre o feminino, sobre o que é uma mulher.

### **3 QUANDO SE DEPARA COM A DIFILCUDADE DE ENGRAVIDAR...**

Sabemos que não é possível trabalhar sobre o corpo anatômico e biológico, manipular genes, embriões e gametas, fazer mudanças de sexo ou operacionalizar pesquisas sobre paternidade através do DNA como se fossem simples produtos biológicos. É necessário pensar que o sujeito é mais do que um funcionamento somático. É necessário considerar o corpo erógeno e as determinações fantasmáticas que produzem essas intervenções (Sigal, 2003, pp.4).

Para muitas mulheres, nem sempre o desejo por um filho biológico pode ser facilmente realizado. As tentativas de engravidar são inúmeras, necessitando, muitas vezes, recorrer ao auxílio de especialistas, de forma a embarcar no caminho de diagnósticos e tratamentos desgastantes, cheios de frustrações. Ribeiro (2004) salienta que, quando as tentativas de procriação não resultam na gravidez, surgem diversos sentimentos no casal, tais como frustração, impotência, inferioridade, raiva. Outros estudos têm relacionado o impacto da infertilidade ao medo, à ansiedade, à tristeza, à desvalia, à vergonha (Borlot & Trindade, 2004; Melamed, 2006 & Palacios, Jadresic, Palacios, Miranda, & Domínguez, 2002), desencadeando, por vezes, quadros de estresse.

A situação de infertilidade, muitas vezes, leva o casal a se confrontar com sua impotência, abandonar ou adiar o seu projeto de vida, em especial, a maternidade, gerando conflitos internos. Os casais que atravessam esse problema se deparam com uma situação inesperada que representa a perda do controle de parte de suas vidas (Daniluk, 2001). Do ponto de vista da psicanálise, trata-se de um encontro com a castração, já que o sujeito se depara com sua falta a ser, inerente ao ser humano.

Conforme Freud (1914/1996c), o casal busca realizar antigos sonhos e projetos inacabados através dos seus filhos. Há um desejo narcísico de imortalidade do Eu. A transmissão da herança genética para os descendentes, portanto, seria uma forma de aproximar-se desta imortalidade, apontando para a realização narcísica. Entretanto, quando o desejo da concepção do filho não se concretiza, há um abalo em tal projeto (Ribeiro, 2004). Neste sentido, a infertilidade pode apresentar-se como uma experiência traumática para o casal, podendo provocar efeitos devastadores sobre o psiquismo humano.

Embora a dificuldade de gerar um filho seja um problema conjugal, homens e mulheres vivenciam tal experiência de maneiras diferentes. Para Ribeiro (2004), tal dificuldade representa um impacto mais significativo nas mulheres, devido à importância que a maternidade tem sobre seu psiquismo. Segundo Helena e Mansur (2003),

O tema da maternidade mobiliza emocionalmente qualquer mulher, pois ela sabe que não ter filhos, por opção ou circunstância, implica não realizar um potencial, desviar-se de uma norma secular e instaurar uma significativa e incômoda diferença. [...] Portanto, mulheres sem filhos são frequentemente estigmatizadas, e a manutenção dos preconceitos geralmente provoca sentimentos de exclusão e anormalidade (p. 2).

Neste sentido, a todos esses sofrimentos e indagações, que a infertilidade feminina remete, somam-se ainda a depreciação, a estigmatização e as cobranças sociais (Trindade & Enumo, 2002). Embora a sociedade tenha ansiado por mudanças sobre a posição social da mulher, ainda há uma cobrança quanto à realização da maternidade. Com isso, muitas daquelas que se veem impossibilitadas diante este imperativo passam a se nomear tristes e incompletas (Trindade & Enumo, 2002).

O contexto reprodutivo, na verdade, reporta-se à história singular de cada sujeito a partir dos arranjos simbólicos e imaginários inconscientes que formam sua subjetividade. Sigal (2003) salienta que “para entender a que desejo ou fantasma remete o desejo de se ter um filho, seja qual for a modalidade de concepção, deve ser analisada a relação desta mulher com sua sexualidade infantil, no campo do Édipo, na história dos caminhos identificatórios, assim como a relação com a figura materna, paterna e os aspectos narcisistas. Será necessário analisar o lugar que tem o pai e o homem na vida desta mulher, o desejo deste homem - seu parceiro - de ser pai e a relação amorosa que une o casal” (p.7). Neste sentido, pode-se dizer que a infertilidade remete o sujeito a um encontro com suas experiências e conflitos inconscientes.

Assim, a mulher quando se depara com a infertilidade, novos e antigos conflitos psíquicos entram em cena, exigindo que a mesma passe a se haver com o adiamento da maternidade, enquanto aguarda pelo filho que ainda não foi gerado. Nessa busca por significar e compreender a experiência singular que a infertilidade as impõe, as mulheres, então, começam a se perguntar “por que eu?”, “o que teria de errado comigo que me impossibilita de ter meu tão esperado filho?”. Todavia, o que não tem merecido devida consideração, por parte dos estudos nesta área, é o estado emocional das mulheres anterior ao diagnóstico de infertilidade, isto é, os conflitos vivenciados por elas antes da dificuldade para engravidar se

apresentar e, neste sentido, entender se seu quadro emocional pode ter influenciado seu impedimento orgânico.

A partir de tais considerações, ressalta-se que este trabalho optou justamente em tentar investigar o processo de infertilidade sem causa aparente feminina, que se mostra, muitas vezes, um enigma para equipe de saúde, assim como para o próprio sujeito. Mas antes de adentrar mais especificamente no tema, o capítulo que se segue apresentou, inicialmente, o contexto geral da infertilidade, a fim de elucidar melhor o fenômeno a ser estudado.

### **3.1 Infertilidade, o novo objeto de investigação da ciência: conceito, etiologia e tratamento**

É possível encontrar, nas mais diversas civilizações, ao longo da história, relatos referentes à infecundidade, os quais apontam para a importância que a maternidade ocupa na vida humana. A infertilidade, na verdade, é um fenômeno antigo, cuja definição é dada de acordo com influências culturais e religiosas de cada sociedade. Embora este termo tenha sofrido alterações em sua concepção ao longo da história, a condição de infértil chega ao século XXI ainda se constituindo em um anátema para as mulheres.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009), a infertilidade é definida como a ausência de gravidez após um ano de relações sexuais regulares, sem o uso de qualquer método contraceptivo. Este fenômeno tem sido considerado um problema de saúde pública, que acomete cerca de 10 a 15% dos casais em idade fértil, sendo que tal porcentagem tem aumentado nos últimos anos devido a diversas causas, entre as quais pode-se evidenciar o adiamento da maternidade, o aumento da prevalência das infecções de transmissão sexual, o sedentarismo, a obesidade, o consumo de tabaco e do álcool e a poluição. No Brasil, em específico, estima-se que mais de 278 mil casais apresentam dificuldade para gerar um filho em algum momento de sua idade fértil (Brasil, 2013).

Embora haja um recente e crescente interesse pelo meio científico e médico sobre a infertilidade, este fenômeno, na verdade, é bem antigo. Conforme apontado por Ribeiro (2004) é possível encontrar nas mais diversas civilizações, ao longo da história, relatos referentes à infecundidade, os quais apontam para a importância que a maternidade ocupa na vida humana. Assim, é possível evidenciar nos textos bíblicos, por exemplo, tanto no Velho



quanto no Novo Testamento, passagens que remetem à mulher infértil. Na cultura judaico-cristã, a infertilidade significava a punição divina diante dos pecados. Neste contexto, os casais inférteis eram considerados pecadores, tendo como castigo divino a falta de descendência, enquanto os casais férteis seriam os abençoados (Ribeiro, 2004). Um dos exemplos mais conhecidos na bíblia está em Gênese, no qual Sara, esposa de Abraão, considerada infértil por ser incapaz de gestar um filho. Contudo, aos 90 anos, a mesma recebeu a promessa de Deus ao seu marido e engravidou: “Eu a abençoarei, e dela te darei um filho. Eu a abençoarei, e ela será a mãe de nações e dela sairão reis” (Gênese, 17:16).

Com a ascensão da biomedicina nos últimos dois séculos, a infertilidade passa a ser concebida não mais por justificativas religiosas, mas devido a causas orgânicas, que podem estar localizadas tanto no corpo da mulher, quanto do homem. Neste sentido, é a medicina quem vai ocupar o lugar de saber, ao propor estudos sobre a etiologia deste fenômeno e soluções para os casais inférteis, por meio das tecnologias de reprodução, de maneira a investir, cada vez mais, em pesquisas nesta área.

A partir desta nova concepção, o meio médico passa a considerar a infertilidade como um problema do casal que tem dificuldades em gerar um filho, independente das causas estarem ligadas aos homens ou às mulheres (Miranda, 2005). Assim, se no passado, é o castigo por ter pecado contra Deus que impedia a mulher de gerar seu filho. Nos tempos atuais, são diagnósticos médicos, amparados por uma série de exames laboratoriais, que explicam a “verdadeira” causa de tal impossibilidade.

Essa nova concepção sobre a infertilidade, ao adotar o saber racional e empírico, procura no corpo da mulher e do homem alterações que levariam à dificuldade de engravidar. Com isso, após séculos atribuindo a causa da infertilidade à mulher, surge pelo meio científico a percepção do envolvimento de fatores masculinos atuando de forma não funcional em seu aparelho reprodutor. Angelo, Moretto e Lucia (2009), apontam, dentre as principais causas de infertilidade no homem, a varicocele, infecções na obstrução canalicular, além dos fatores hormonais, imunológicos e genéticos. Já nas mulheres, encontram-se outras causas, como a obstruções e inflamações nas vias tubárias, a endometriose, os ovários polimicrocísticos e os fatores uterinos, hormonais e imunológicos.

É sobre este campo que a medicina reprodutiva vem consolidando como uma nova especialidade médica. Sendo assim, a infertilidade, agora objeto de investigação da medicina, vai ser perpassada pelo discurso científico, cujo propósito se firma ao ofertar diversos tratamentos que tendem reverter a não fertilização, possibilitando, então, ao casal nova

oportunidade de engravidar e voltar a ter o controle sobre a sua capacidade de procriação.

Nesta perspectiva, uma série de técnicas foi, durante os anos, aprimoradas, a fim de obter melhores resultados de gravidez. Dentre os atuais tratamentos existentes, podemos citar o uso de medicações que regulam os níveis de hormônios e antibióticos, os tratamentos cirúrgicos de reversão, como da laqueadura tubária e da vasectomia e a cirurgia de varicocele (Angelo, Moretto & Lucia, 2009). Além destes métodos, há de destacar as tecnologias de reprodução assistida, as quais têm proporcionado aos casais algumas alternativas terapêuticas para infertilidade, que vêm oferecê-los nova oportunidade de terem seu filho consanguíneo.

De acordo com Abdelmassih (2001), as técnicas de reprodução assistida remetem a um conjunto de técnicas que auxiliam o processo de reprodução humana, sendo comumente divididas em métodos de baixa e alta complexidade. Entre as técnicas de baixa complexidade estão o coito programado e a inseminação intrauterina, enquanto que os de alta complexidade incluem a fertilização *in vitro* convencional e a injeção intracitoplasmática de espermatozoide.

Cabe salientar que o objetivo dessas técnicas em reprodução não é necessariamente a de tratar ou curar as causas fisiológicas da infertilidade, quer seja na mulher ou no homem, mas sim o de garantir a produção de um bebê, embora o discurso se apresente diferente. A este respeito Diniz e Costa (2006) problematizam a diferença entre infertilidade e infecundidade e a estratégia da Medicina que ao adotar o discurso da infecundidade pode assumir as tecnologias conceptivas como tratamento e não simplesmente como um serviço de produção de bebês.

Os autores (2006) explicam que a infertilidade e infecundidade são expressões de diferentes fenômenos, apesar de no campo das tecnologias reprodutivas serem dois conceitos intimamente ligados. A infertilidade estaria ligada a uma condição de não poder ter filhos. Já infecundidade é a ausência de filhos, podendo ser voluntária ou involuntária. No primeiro caso, a ausência de filhos é parte de um projeto pessoal ou conjugal e não se expressa como um problema biomédico. A infecundidade involuntária, por sua vez, é aquela em que há o desejo de ter um filho, mas também uma impossibilidade. Nestes casos, a infertilidade involuntária comumente é traduzida em termos biomédicos como sinônimo de infertilidade. De acordo com esta perspectiva, apesar de a Medicina Reprodutiva se postular como um campo de tratamento da infertilidade, sua principal garantia é solucionar, por meio das tecnologias reprodutivas, a infecundidade involuntária pela produção de bebês. Portanto, somente seria submetido à medicalização pelas tecnologias conceptivas as pessoas inférteis

para quem a infecundidade é indesejada e que, então, procuraram auxílio da Medicina Reprodutiva.

O discurso da infecundidade ao remeter o desejo do casal, transformar a infertilidade em uma condição familiar e não mais em um problema de saúde individual. Uma estratégia moral que facilitou o engajamento no tratamento médico mesmo de quem não apresentava qualquer restrição de fertilidade. Para tal propósito, em quase todos os casos, independentes das causas que levaram à infertilidade, as intervenções a serem aplicadas são realizadas no corpo da mulher (Diniz & Costa, 2006), tornando a suscetível ao tratamento e a este discurso.

Miranda e Moreira (2006) salientam que a infertilidade feminina remete à falha no corpo, acarretando na fantasia a necessidade de endireitá-lo e, portanto, de submetê-lo ao controle da ciência a fim de suprir tal reparo. As autoras (2006) acrescentam: “O corpo rascunho precisa ser entregue à medicina para ser ‘passado a limpo’” (p. 187). As mulheres, então, se apropriam da fala técnica, científica e objetiva da infertilidade (Miranda, 2005), se questionando sobre o que teriam de errado nos seus corpos biológicos que as impedissem de engravidar.

Miranda (2005) ainda enfatiza que a mulher fala sobre seu quadro biológico, detalhando exames, procedimentos e medicações, contudo, não sabe falar sobre os seus aspectos emocionais que envolvem a infertilidade. Neste sentido, em consequência da mudança na concepção da procriação e das intervenções médicas, o discurso subjetivo que envolve a relação sexual e o desejo de ter filho dá lugar à linguagem técnica.

Esses visíveis progressos da medicina proporcionaram uma revolução na relação da mulher com o seu corpo, de forma a possibilitá-la um outro encontro com a maternidade, visto que, com o advento das novas técnicas terapêuticas de fertilização, a reprodução humana tornou-se possível, sem necessariamente haver o intercuro sexual (Spotorno, 2005). Segundo Perelson (2013),

Nossos tempos apresentam uma mutação radical no que concerne à reprodução humana: hoje, uma criança pode vir ao mundo como fruto não mais de um encontro sexual, mas de um ato técnico. Ela pode ser o resultado de uma doação de sêmen, óvulos ou embriões e, portanto, ter como pai e/ou mãe não aquele(s) de quem ela é o herdeiro genético; pode provir de uma fertilização ocorrida numa proveta, e não mais na interioridade do corpo materno; pode ser gestada não na barriga de sua mãe, mas num “útero de substituição”; pode, enfim, originar-se do descongelamento de um embrião (p. 241 e 242).

Todas essas possibilidades são cada vez mais comuns nas clínicas particulares e públicas, em que se cria uma necessidade por atender a demandas cada vez maiores daqueles

sujeitos que se veem, por inúmeras razões, diante da dificuldade de gerar um filho. Borlot e Trindade (2004) afirmam que, nos últimos cinco anos, houve um significativo aumento no número de casais inférteis que procuraram as clínicas de reprodução assistida, visto que, para muitos deles, as técnicas disponíveis neste mercado acabam por ser a sua última chance para concretizar o sonho do filho biológico. Para Modelli e Levy (2006): “Vemo-nos alimentados pela ciência que se mostra desejosa de grandes descobertas e que de maneira incessante, sai em busca de respostas, sem que tenha sido de fato formulado a pergunta” (p. 51). A pergunta sobre o que quer a mulher, quando diz querer ter um filho?

Ao se propor o desenvolvimento de uma reflexão sobre as impossibilidades de gerar filhos, não se pode deixar de comentar a atuação da ciência e seu discurso imperativo pela reprodução, que muitas vezes é formulado sem levar em consideração a subjetividade do sujeito ou questões da ordem do inconsciente que acompanham o quadro de infertilidade. É dentro desta perspectiva que a próxima seção irá caminhar, de modo a esclarecer a posição da psicanálise diante da ciência e suas tecnologias de reprodução.

### **3.2 Diante a infertilidade é preciso ir além do corpo orgânico, é preciso escutar o que vem da ordem do inconsciente**

Diante das tecnologias de reprodução disponíveis e de um intenso sofrimento, o casal, que vivência a impossibilidade de ter seu filho consanguíneo, constrói uma demanda e a endereça ao saber médico, depositando neste a esperança “de fazer” um filho (Miranda, 2005). Este pedido, que muitas vezes soa como um grito de apelo, é carregado de expectativas por respostas e soluções imediatas sobre seu problema. O médico, por sua vez, interessado em ajudar o paciente, acolhe esta demanda consciente e propõe intervenções, contudo, não presta atenção aos processos inconscientes que poderiam estar atuando na infecundidade, haja vista que não faz parte da sua especialidade.

O tratamento de “infertilidade” ofertado pela medicina, ao condizer com a demanda consciente, possibilitou uma ascensão desta procura em consultórios e ambulatórios especializados. Na perspectiva desta pesquisa, tais espaços passaram a ser um depósito não identificado de conflitos inconscientes e de medos que atravessam o corpo impedindo a fertilização. Assim, esses obscuros processos precisam ser tomados com maior atenção e

devida consideração por parte dos profissionais de saúde envolvidos nesses tratamentos.

Uma queixa quando passível de observação é tomada pela medicina como uma proposta de estudo e intervenção. Tal queixa ao não sofrer qualquer questionamento sobre a demanda apresentada, faz com que o paciente se transforme em objeto a ser analisado, tendo a sua história e os seus conflitos psíquicos apagados diante de todos os procedimentos médicos. Logo, o pedido de ajuda diante do rótulo de infertilidade, além de destituir a subjetividade da mulher, obscurece qualquer manifestação inconsciente.

A psicanálise vai num sentido inverso ao pensamento essencialmente biologista, ao tentar fazer o sujeito emergir, frente a todos os procedimentos científicos e, com isso, se implicar diante seu sofrimento e conflitos. É preciso que ao se escutar o sujeito, ir além dos procedimentos e intervenções no seu corpo, justamente para não mergulhar o sujeito em seu sofrimento e em um não sentido.

Assim, toda vez que se abstém em trabalhar com um sujeito que é mais que um corpo biológico, então, negar-se-á o quanto os medos e as fantasias inconscientes, podem ter uma importante influência sobre a gravidez e, conseqüentemente, na dificuldade de engravidar. A utilização de métodos invasivos, sem qualquer acompanhamento psicológico irá, por sua vez, levar esse sujeito a se calar diante seus conflitos mais obscuros, de forma a deixá-lo às voltas com seu enigma sobre a sua dificuldade em ter um filho.

Ressalva-se que não cabe ao médico arte de escutar e entender os significados que emanam do inconsciente. Todavia, isto não deve ser justificativa para que se ignorem os processos inconscientes que atravessam a história de suas pacientes e que interferem no tratamento. Quem deve empreender a atenção livre flutuante, a fim de que possa ouvir o paciente, percebê-lo e, assim, chegar a uma escuta do Inconsciente na clínica, é um psicanalista. Porém, cabe a este a tarefa de dialogar com o médico e sua equipe, sobre aspectos relevantes que contribuam nas intervenções e tratamento como um todo.

Macedo e Falcão (2005), ao analisar a importância da escuta na história da psicanálise e no processo analítico, enfatizam:

Freud inaugura novos tempos: o tempo da palavra como forma de acesso por parte do homem ao desconhecido em si mesmo e o tempo da escuta que ressalta a singularidade de sentidos da palavra enunciada. Ocupa-se, em suas produções teóricas e em seu trabalho clínico, de palavras que desvelam e velam; que produzem primeiro descargas e depois associações. Palavras que evidenciam a existência de um outro-interno, mas que também proporcionam vias de contato com um outro-externo quando qualificado na sua escuta. Esses tempos em Freud inauguram a singularidade de uma situação de *comunicação* entre paciente e analista. Um chega com palavras que demandam um desejo de ser compreendido

em sua dor, o outro escuta as palavras por ver nestas as vias de acesso ao desconhecido que habita o paciente. A situação analítica é, por excelência, uma *situação de comunicação*: nela circulam demandas nem sempre lógicas ou de fácil deciframento, mas as quais, em seu cerne, comunicam o desejo e a necessidade de serem escutadas (p.65).

O psicanalista, ao atuar junto a outros profissionais de saúde, deve sustentar sua posição no que concerne a escutar o paciente, e não ir ao encontro da demanda deste. De acordo com Moretto (2001), há uma diferença na escuta da demanda e, conseqüentemente, no entendimento sobre o que é infertilidade e sobre a intervenção de cada caso, já que não é o papel da psicanálise responder às demandas do paciente e nem de lhe propor a cura, diferente da intervenção adotada por outros saberes. Tal direção é que demarca a diferença entre o fracasso e o êxito do tratamento médico para o do psicanalista.

Ao permitir que a vontade de ter filho apareça de forma cada vez mais racional, respondendo à demanda consciente da mulher, o discurso científico acaba por esbarrar no fenômeno da infertilidade sem causa aparente. Aqui, apesar de todos os procedimentos ofertados e realizados em condições favoráveis à fecundação, tão esperada, não acontece. A infertilidade, então, mostra-se como um enigma para o médico.

Há que se destacar que a literatura informa que, aproximadamente, em 10% dos casos não é possível estabelecer uma causa que justificasse a infertilidade, sendo, então, diagnosticados de infertilidade sem causa aparente (ISCA) (Lopes, Ferriani, Badalotti, Beck & Cequinel, 2008). É sobre estes casos denominados pela medicina de infertilidade sem causa aparente que este trabalho se dedicou, a fim de tentar entender melhor seus desdobramentos, já que, mesmo diante do avanço da biotecnologia, muitos casos continuam desafiando o saber médico, ao não permitir a identificação de sua etiologia e o não sucesso do tratamento.

Assim, se num primeiro momento a implicação do sujeito é com o seu corpo biológico, endereçando aos avanços científicos e ao médico a cura, quando o esperado não ocorre e estes recursos se esgotam, é a psicanálise que, muitas vezes, entra em cena na tentativa de se fazer escutar o sujeito do inconsciente e seus medos, conflitos e desejos. Sendo assim, o saber médico que, em algumas vezes, é colocado como a única esperança que resta ao casal frente à impossibilidade de gerar seu filho biológico, mostra-se um insuficiente, já que focado no saber sobre o corpo biológico, o profissional não tem como se ater a outras questões pertinentes ao tratamento da paciente. Por isto é importante um trabalho em conjunto, onde a psicanálise e a medicina possam se complementar e não anular a importância do outro, muito menos ignorar o saber do paciente.

### 3.3 A Infertilidade Sem Causa Aparente: um enigma a ser desvendado

A infertilidade sem causa aparente (ISCA) remete a um termo de diagnóstico da medicina, que é anunciado todas as vezes que a causa da infecundidade não é localizada no corpo da mulher ou do homem, isto é, não há sinal ou sintoma de alterações relacionadas à reprodução (Diniz & Costa, 2006). Moghissi (1997) salienta que “infertilidade sem causa aparente”, “infertilidade inexplicada” e “infertilidade idiopática” são terminologias empregadas para se referir à falha de um casal de conseguir uma gravidez, embora a avaliação médica completa não identifique os motivos. Nestes casos, os casais realizam uma série de exames laboratoriais e clínicos na fase de investigação na tentativa de encontrar no corpo biológico alguma alteração que estaria impedindo a concretização da gravidez, todavia, os recursos tecnológicos disponíveis não revelam qualquer alteração, deixando a equipe médica e o paciente envolvidos no enigma sobre tal impossibilidade e sem resposta diante seus questionamentos.

Moghissi (1997) ainda destaca que quanto mais abrangentes as investigações de fatores etiológicos da infertilidade, maior é a oportunidade de se detectar quais os fatores responsáveis pela impossibilidade de engravidar, o que diminuiria os erros do diagnóstico de infertilidade sem causa aparente. É sobre os erros deste diagnóstico que Perelson (2013) faz um alerta, enfatizando que a não revelação de alterações orgânicas, que justificassem o fracasso da reprodução, durante a investigação etiológica, tende a atribuir, indiscriminadamente, as causas da infertilidade sem causa aparente a fatores psíquicos.

Segundo a autora, “[...] quanto mais vasto torna-se o campo de observação e manipulação da infertilidade, quanto mais as infertilidades tornam-se explicáveis e tratáveis fisiologicamente, maior é a certeza dos médicos de que aquilo que escapa a esse campo deve ser explicado e tratado, necessariamente, como tendo uma gênese psíquica inconsciente, ou seja, deve ser definido como uma infertilidade psicogênica (p.247)”.

Todavia, Sylvie Faure-Pragier (1997, citado por Perelson, 2013) afirma que a noção de infertilidade, enquanto algo da ordem da psicogênese, não é isenta de problemas. Não se pode pensar a infertilidade dentro de uma concepção dualista, a qual supõe que mente e corpo não estariam relacionados entre si. Portanto, não se pode sustentar uma visão que conceberia o psiquismo como alheio às causas orgânicas (Perelson, 2013).

De acordo com a Trindade e Enumo (2002), a revisão de literatura realizada por Stanton e Dunkel-Schetter, em 1991, revela que as pesquisas que investigam as bases psicológicas envolvidas na infertilidade seguem divididas a partir de três modelos. Até a década de 70 predominou o modelo da hipótese psicogênica, o qual preconizava que as causas da infertilidade teriam base em uma doença psicossomática. Historicamente, os estudos sobre a infertilidade no campo da psicologia focava a mulher, pois se sustentava que esta tinha um relacionamento hostil com sua mãe, sendo muito dependente desta, além de desenvolver conflitos acerca da maternidade (Moreira, 2004). Trindade e Enumo (2002) apontam que “os pesquisadores da época atribuíam esses mecanismos psicogênicos a conflitos relacionados ao papel materno, a problemas com a identidade sexual feminina, à imaturidade feminina e à neurose” (p. 153).

Todavia, estudiosos que se empenharam em realizar uma revisão da literatura sobre a psicogênese da infertilidade, concluíram que tais estudos não apresentavam evidências consistentes que pudessem assegurar uma causa psicológica na infertilidade. Assim, a teoria de infertilidade psicogênica que era altamente aceita pela comunidade médica até a última parte do século, vai perdendo seu espaço diante os avanços tecnológicos, os quais permitiram maior precisão na investigação diagnóstica (Trindade & Enumo, 2002).

O segundo modelo que surgiu era voltado para intervenções que pudessem melhorar a qualidade do atendimento aos casais (Trindade & Enumo, 2002), tendo em vista que a infertilidade pode ser vivenciada enquanto um sofrimento intenso e ameaçador. Já os estudos mais recentes, por sua vez, buscam entender a influência negativa do estresse psicológico sobre a infertilidade, visto que esta vivência é considerada por muitas mulheres como “o mais estressante evento de suas vidas” (Moreira, 2004), a qual envolve sentimentos de perda e o comprometimento da autoestima, prejuízo no relacionamento conjugal e social, além de implicar várias idas ao consultório médico e procedimentos invasivos.

A partir deste novo modelo, diversos estudos (Moreira, Lima, Souza & Azevedo, 2005; Negro-Vilar, 1993; Smith & Dobson, 2002; Warren & Fried, 2001) têm apontado o estresse como fator desencadeante de alterações na função reprodutiva em diversos aspectos. Ressalva-se que a influência dos estados psicológicos sobre a reprodução apresenta um perfil multifatorial, sendo muito difícil, senão impossível, determinar relações lineares de causa e efeito (Moreira, 2004).

Mesmo diante do desafio em se estabelecer uma relação mais próxima sobre quais fatores e como os estados estressores repercutem sobre a infertilidade, a busca por maior



compreensão desta relação tem sido alvo de investigação científica via resposta endócrina. Em tais investigações presume-se que os agentes estressores reduzem a fertilidade feminina pelas influências que causam nos mecanismos regulatórios da função reprodutiva por meio de alterações de conexões nervosas, neurotransmissores e hormônios (Moreira, 2004).

Como já se sabe, a função reprodutiva humana depende de complexas interações entre o sistema nervoso central, hipófise, ovários, outras estruturas endócrinas e órgãos reprodutivos. Assim, para que ocorra o ciclo menstrual é necessário que haja uma função ovulatória regular, o que depende, além da integridade anatômica das diversas estruturas do eixo reprodutivo, de uma sincronia entre suas ações. Contudo, a função cíclica ovariana pode ser facilmente perturbada pelo estresse, levando à interrupção temporária das menstruações e, conseqüentemente, à infertilidade (Moreira, 2004).

Para Ferin (1999), trabalhos referentes à resposta endócrina ao estresse consideram a possibilidade de um evento estressor, conhecido ou latente, inibir o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal (HPG) e acarretar irregularidade menstrual, amenorreia<sup>3</sup> e infertilidade. Em tais pesquisas, discute-se a ideia de que através da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), induzida pelo estresse, reduziria a pulsatilidade do GnRH (hormônio liberador de gonadotrofina). O GnRH é um hormônio sintetizado pelo hipotálamo, que age sobre a hipófise e leva à liberação das gonadotrofinas (Hormônio Luteinizante [LH] e Hormônio Folículo-estimulante [FSH]), responsáveis pelo crescimento e maturação dos óvulos. Assim, quando ocorre uma redução na pulsatilidade do GnRH, há uma privação de adequado suporte de gonadotrofinas, o que resultaria na anovulação. Tal processo implicaria uma alteração do eixo HPG (Warren & Fried, 2001; Smith & Dobson, 2002).

Mas como relacionar a infertilidade sem causa aparente, neste último modelo, em que o estresse desencadeia alterações orgânicas e fisiológicas, quando não é possível evidenciar qualquer alteração dessas ordens? Leach et al. (1997) defendem a hipótese de que os casos de infertilidade sem causa aparente podem implicar em uma possível alteração sutil do sistema reprodutivo, contudo, significativa o suficiente para perturbar, por exemplo, a função hipotálamo-hipófise-ovariana. Tal alteração pode, muitas vezes, não ser detectada pelo padrão de avaliação da infertilidade, pois estaria em estágios iniciais de um contínuo que leva o ovário à senescência.

---

<sup>3</sup> Amenorreia é definida como a suspensão do ciclo menstrual regular (Warren & Fried, 2001).

Moghissi (1997), ao discutir a infertilidade sem causa aparente, também defende a ideia de que o estresse pode influenciar o estado infértil através de controle autônomo ou neuroendócrino do processo reprodutivo.

Catecolaminas produzidas em excesso como resposta ao estresse podem, de alguma forma, afetar a ovulação direta ou indiretamente, por aumentar a estimulação adrenal pelo hormônio adrenocorticotrófico ou por induzir hiperprolactina. Alguns estudos têm mostrado que traumas psicológicos podem levar a alteração nas catecolaminas e endorfinas, resultando em anovulação e amenorreia. O estresse relacionado ao excesso de catecolaminas pode também afetar a atividade da trompa e o transporte dos gametas (Moghissi, 1997p. 148).

Para Moghissi (1997) muitas etapas essenciais do processo reprodutivo acontecem nos recantos mais íntimos do trato reprodutivo, no qual a investigação diagnóstica não é viável, tanto por razões éticas quanto práticas. Dessa forma, a avaliação médica se contenta com as evidências diagnósticas indiretas, como por exemplo, investigar a ocorrência da ovulação por meio da curva térmica ou do nível elevado de progesterona plasmática. Tal investigação lhe permite apenas inferir se tal ovulação ocorreu ou não. Portanto, pode-se dizer que há vários fatores passíveis ou não de se evidenciar, comprometendo o processo de reprodução, muitos dos quais podem ser influenciados pelo estresse psicológico.

Neste sentido, o campo da infertilidade sem causa aparente traz muitas perguntas e questionamentos, muitos dos quais estão para além do atual campo de conhecimento da medicina e suas possibilidades de observação. Este trabalho se arrisca ainda em afirmar que existem questões pertinentes a este diagnóstico que estão para além do corpo, ou seja, daquilo que é meramente orgânico. Faz-se necessário, então, indagar sobre o que escaparia deste atual saber científico, de maneira a tentar entender uma possível relação entre estresse, infertilidade sem causa aparente e o inconsciente .

Com base em uma perspectiva psicanalítica, defende-se a hipótese de que há algo do inconsciente que perpassa a escuta científica subjacente à fecundidade humana. Ressalta-se que o presente trabalho, não nega a importância dos fatores orgânicos envolvidos na infertilidade, contudo, se propõe em ir além do biológico ao investigar. Portanto, é sobre o medo e estresse, que apontam para uma defesa psíquica do ego diante de ameaças internas e externas, que essa pesquisa vai se debruçar, a fim de entender se suas manifestações podem estar relacionadas à ISCA.

Assim sendo, é preciso questionar sobre: “o que está acontecendo inconscientemente com a mulher e de que maneira isso pode levar ao quadro de Infertilidade sem causa

aparente?”. Para entender esta problemática, a presente pesquisa aposta que haveria algo da ordem do medo das mulheres que merece maior atenção, já que, do ponto de vista das produções do inconsciente, a infertilidade talvez possa ser considerada outro sintoma.

Mas o que é sintoma para a psicanálise? Tal questão se faz imprescindível para a discussão dessa pesquisa, já que o conceito de sintoma empregado na teoria psicanalítica invoca o “surgimento” da singularidade do sujeito diante a concepção de patologia na contemporaneidade, rompendo então com o pensamento científico vigente.

## **4 PENSANDO A INFERTILIDADE SEM CAUSA APARENTE A PARTIR DO CONCEITO DE SINTOMA EM PSICANÁLISE**

### **4.1 Uma breve discussão sobre a concepção de normal e patológico relacionado ao fenômeno denominado “infertilidade”**

A construção do paradigma científico embasou seus fundamentos históricos e epistemológicos no discurso empírico-positivista, o qual definiu o objeto da ciência enquanto fato publicamente observável. Tal paradigma marcou a história da ciência moderna ao excluir a subjetividade e singularidade do sujeito em nome da normatização dos fenômenos devidamente descritos e observados, reduzindo este sujeito a mero objeto de estudo.

Na medida em que tal via epistemológica é ainda atual e edifica muitas das vezes o saber da medicina, vivencia-se um momento em que há uma total desconsideração pelo sujeito durante toda a prática diagnóstica que lhe diz respeito, já que a condição necessária do diagnóstico se daria somente a partir da perspicácia do olhar do observador e sua eficácia de distinguir as categorias sindrômicas significativas, a partir de uma média resultante da comparação estatística interpopulacional.

O conhecimento médico sobre a patologia é fundamentado pela noção de normal do campo da fisiologia moderna, o qual busca observar e estudar o aumento ou diminuição da quantidade (normal) do objeto de estudo, de maneira a enquadrar as alterações encontradas à determinada patologia. Em tal concepção, a identidade essencial entre fenômeno fisiológico e patológico é baseado no postulado determinista, cuja explicação dos fenômenos busca reduzi-los a uma média, tornando-os homogêneos (normais), como na física (Coelho & Almeida Filho, 1999).

Prata (1999) destaca que fenômenos patológicos, então, seriam meras variações quantitativas dos fenômenos normais, ou seja, “haveria um limiar quantitativo ideal do corpo são, um equilíbrio homeostático do corpo, que, quando ultrapassado, deflagraria uma patologia” ( p. 39). De acordo com esta perspectiva, o “sujeito não teria, assim, nada a dizer

sobre seu “distúrbio”, isto é, a observação do cientista seria suficiente para que ele ocupasse inteiramente a posição do saber” (Pinto, 2012, p. 415),

Essa visão empirista é empregada para entender e explicar a infertilidade. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009), como já mencionado anteriormente, define a infertilidade como sendo a ausência de gravidez após um ano de relações sexuais regulares, sem o uso de qualquer método contraceptivo. Embora tal definição não contemple a patologia em si, ela aponta para uma, que poderá ser revelada por meio de estudos sobre a sua causa.

A medicina, embasada pelo discurso científico, defende que a infertilidade está relacionada a alterações biológicas, que interfeririam no processo de fecundação e, conseqüentemente, na gravidez. A investigação desse fenômeno envolve, então, exames laboratoriais, em busca de alterações de ordem orgânicas, anatômicas, fisiológicas, imunológicas ou genéticas do processo de reprodução tanto na mulher quanto no homem.

Nos casos em que se diagnóstica qualquer alteração, isto é, uma anomalia, a medicina, a partir da sua visão sobre o fenômeno, se vê diante a necessidade de atribuir uma patologia a essa alteração que, por sua vez, justifica o motivo da não fertilização, classificando então o indivíduo como estéril. Aqui, o corpo, aquilo que permite observar os desvios, é tomado como um instrumento manipulado pela ciência. Portanto, a investigação sobre a etiologia da infertilidade também se dá por meio do referencial “normal” do campo da fisiologia, estabelecido para legitimar e facilitar a realização do diagnóstico e propor uma terapêutica.

Nesta perspectiva, o significado da infertilidade aponta para desvios biológicos no corpo, encarado pelo próprio sujeito como um corpo defeituoso que precisa de reparos. É sobre esta visão de patologia que os casais se dirigem aos consultórios médicos, quando não conseguem engravidar, em busca de respostas e solução imediatas para seu problema. Estes casais acabam por se apropriar da fala técnica, científica e objetiva do diagnóstico e tratamento de infertilidade, se questionando sobre o que teria de errado no seu corpo que a impedisse de engravidar, enquanto que a sua subjetividade é, muitas vezes, lançada ao silêncio de seu sofrimento. É preciso que o corpo médico tome cuidado e questione algumas condutas, pois habilitados pela visão pragmática da ciência moderna, podem a partir da sua prática, pautada na análise empírica, fazer falar somente os órgãos e, conseqüentemente, apagando o sujeito que lhe dirige uma demanda.

Se opondo a uma perspectiva quantitativa do patológico e a posição passiva do indivíduo frente a tal condição, esta pesquisa destaca a discussão proposta por Canguilhem

em sua clássica obra “O Normal e o Patológico”, a partir da leitura do texto Segunda Parte, *Existem Ciências do Normal e do Patológico?* e pela teoria psicanalítica. Tanto Canguilhem, como Freud questionaram o conceito de normal e patológico, de forma que preconizam a necessidade de resgatar a singularidade e subjetividade de cada sujeito frente à normas.

Para Canguilhem (1995) o normal e patológico é singular a cada ser humano. Assim, cada um tem a sua própria visão do que é o normal para si mesmo, isto é, o doente é doente em relação a si, e não aos demais. Portanto, a média, por si só, não poderia ser estabelecida como um marcador capaz para afirmar se um determinado desvio individual seria normal ou patológico, visto que as próprias anomalias não são necessariamente patológicas.

Ao trabalhar o conceito de normal em seu texto, ele aproxima a etiologia deste termo ao conceito de norma (esquadro), estipulado pela própria sociedade como regra de vida e saúde. Ele argumenta que estamos inclinados a ultrapassarmos as normas da vida para não toparmos com a patologia, embora reconhecesse que tal aspiração estaria fadada ao fracasso, visto que a patologia está dentro da norma da vida, isto é, é normal o sujeito adoecer ao longo de sua história (Canguilhem, 1995). A patologia, então, “implicaria em certa forma de viver, pois não há vida sem normas de vida” (Coelho & Almeida Filho, 1999, p. 19).

Seguindo o raciocínio proposto por Canguilhem, o patológico não seria mais associado à ausência de normas, mas à presença de outras normas vitalmente inferiores, que impossibilitam o indivíduo de viver em um modo vida, que o faz sentir-se incapaz de instituir normas diferentes em condições diferentes. Contudo, é o mesmo quem avaliará as situações por ele vividas, ou seja, é somente ele quem pode dizer se é ou não capaz de exercer o tipo de tarefa que lhe é imposta, para então se perceber ou não em estado patológico. Portanto, para ele (1995) o “patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sentimento e impotência, sentimento de vida contrariada” (p.89).

Traçando um paralelo entre a infertilidade e a tese de Canguilhem, pode-se dizer que a infertilidade só se constituirá como um fenômeno patológico a partir da percepção do sujeito e de sua capacidade normativa. A condição de saúde do mesmo dependeria de sua capacidade em poder desobedecer, produzir e acompanhar uma transformação, adoecer e sair do patológico. Sendo assim, uma pessoa mesmo na condição de infértil e diagnosticado com determinada anomalia, pode ou não vir a adoecer. O seu estado dependerá da sua capacidade em superar esta experiência, de forma a continuar tolerando as infrações à norma momentânea e instituindo novas regulações para novas situações, mesmo frente com a impossibilidade de ter um filho biológico.

Não foi apenas Canguilhem quem se preocupou com o discurso empirista-positivista sobre o normal e patológico vigente. Freud, ao colocar em jogo o sujeito do inconsciente, também opera uma sistemática ruptura com a tradição científica que até então compartilhava, escolhendo percorrer a difícil via da subjetividade.

Se, no início de seus estudos sobre as neuroses, Freud seguiu sua formação médica, de forma a considerar o sintoma como sinal da quebra de harmonia na vida orgânica e psíquica das pessoas a princípio, sua experiência como analista o possibilitou desvencilhar a psicanálise do paradigma moderno e realizar um corte com o cientificismo, de forma a lhe permitir avançar nos pressupostos deste novo campo de saber. A psicanálise, então, vai apontar que é o sujeito quem vai dizer como se sente perante seus sintomas e se seria ou não patológico para ele, conforme o sentido que consegue atribuir a determinadas vivências.

Cabe aqui ressaltar que Freud sempre enfatizou a singularidade do sujeito como um fator decisivo na causa da neurose. Portanto, para ele não haveria um limite numérico separando o campo do normal e do patológico em Freud: o limite seria peculiar à capacidade de elaboração psíquica de cada um.

A clínica psicanalítica foi capaz de fazer falar o sintoma, ao fazer da escuta instrumento de análise, em que é o saber do sujeito que está em jogo. Nesta perspectiva, não é o analista ou psicólogo ou médico aquele que detém o saber sobre os sintomas do sujeito, embora ainda exista uma ilusão deste saber por parte de alguns profissionais. Ao contrário, é o paciente que, além de direcionar o tratamento, é o detentor do seu saber, mesmo que não saiba, visto que é um saber que vem da ordem do inconsciente. A clínica psicanalítica se faz a partir da clínica do caso a caso, do singular, sem a generalização de regras universais que enrijece uma relação qualquer entre uma causa patológica ou um efeito psicossomático.

Assim, diante a queixa de infertilidade, a psicanálise busca escutar o sujeito do inconsciente de forma a investigar os processos psíquicos envolvidos nesta a vivência. Cabe ressaltar que a psicanálise não nega uma determinada anomalia poderia estar impedindo a mulher e o homem de terem seu filho biológico, mas a partir de um saber diferente, não atribui um rótulo ou diagnóstico em função desta alteração, pelo contrário, vai escutar o sujeito e sua posição frente de infertilidade, ou seja, frente à impossibilidade de gerar um filho.

A psicanálise vai permitir que o significante “infértil” se coloque em cena e seja elaborado, de forma que sofra modificações em seu sentido. Para esta perspectiva teórica, tal

termo científico não se faz suficiente para dizer se um sujeito é ou não fértil, isto é, se ele encontra ou não em um estado patológico, já que mesmo impossibilitado de ter seu filho, o sujeito pode vir a tornar-se fértil ao descobrir outros objetos que o permitam dirigir seus investimentos, como por exemplo, optar pela adoção ou investir em uma carreira acadêmica ou profissional. Pode-se dizer que psicanálise, então, propõe um atravessamento do silêncio posto pelo discurso científico frente o paradigma de patologia.

Dessa forma, tanto para Canguilhem quanto para a psicanálise, é preciso que o sujeito encontre um sentido em sua vivência, de maneira que sua posição diante a infertilidade não seja tomado pelo mesmo como um estado patológico, permitindo-o a continuar a realizar investimentos libidinais na sua vida. Em uma linguagem mais próxima a que Canguilhem (1995) salientou, o indivíduo precisa ultrapassar e renunciar a normatividade eventual, que faz o sujeito se vê como um inapto e doente.

Assim, é preciso tomar o sintoma para além do quadro orgânico, isto é, é preciso entender que o sintoma seria uma norma de funcionamento diferenciada, a melhor possível naquele momento para aquele sujeito, e não a ausência de norma. Aqui, faz-se necessário destacar que o conceito de sintoma para a psicanálise, não está relacionado à manifestação de sintomas percebidos pela pessoa que aponta para uma doença ou síndrome. O sintoma, dentro de uma perspectiva psicanalítica, está relacionado a conteúdos do inconsciente que buscam sua realização no consciente. Portanto, o sintoma tem sempre um sentido.

É imprescindível fazer um corte com o pensamento, que insiste em continuar a “patologizar” as diferenças e a separar a doença da experiência do doente, tal como a alta-tecnologia facilmente possibilita à medicina nos dias atuais. Até porque a infertilidade remeter a um fenômeno ainda mais singular ao sujeito: ao desejo de ter filho, à maternidade e, conseqüentemente, suas vivências anteriores.

Diante o que foi exposto, é preciso abrir novos diálogos sobre o normal e patológico, a fim de romper com o paradigma científico moderno, onde o ser humano é posto no lugar de coisificação do corpo biológico, enquanto as experiências sociais e culturais do adoecer e do cuidado são ignoradas. É preciso entender que a estabelecer diagnósticos, propor a cura e fazer voltar o “normal”, só faz o sujeito se distanciar cada vez mais da subjetividade que existe em cada ser humano. Assim, para empreender um atendimento, dentro de uma perspectiva psicanalítica, a esses casais que procuram tratamento de infertilidade, faz-se necessário barrar a ação que destitui o sujeito humano de sua história, este que fica apagado



diante de todos os procedimentos médicos e fazer com que o paciente consiga encontrar um sentido para o seu sintoma.

#### **4.2 O conceito de sintoma na perspectiva de Freud**

A psicanálise, desde seu surgimento, vem empreendendo vários estudos a fim de buscar entender um pouco mais as neuroses e seus sintomas que tanto afligem os seres humanos. Freud foi quem deu o primeiro passo, quando possibilitou a escuta do discurso neurótico. O seu interesse pelas neuroses de histeria, por exemplo, pode ser encontrado em seus primeiros textos de sua obra. Foi a partir deste interesse que foi possível à psicanálise descobrir que o sintoma neurótico tem sempre um sentido, um sentido inconsciente, isto é, ele diz alguma coisa, mesmo que o sujeito nada saiba disso.

Freud vai defender, no campo da psicanálise, que o sintoma é uma satisfação substituta deformada e irreconhecível, que aponta para um retorno daquilo que foi recalcado. Conforme com sua teoria, a neurose, na verdade, é expressão de conflitos entre o ego e as pulsões que, por serem incompatíveis com o superego, são recalçadas, ou seja, são impedidas de se tornar conscientes e, conseqüentemente, afastadas, de início, da possibilidade de satisfação. Todavia, o recalque facilmente fracassa e a libido represada, insatisfeita, que havia sido repelida, deve agora procurar outras saídas do inconsciente. Resta-lhe, então, buscar sua satisfação por caminhos indiretos, submetendo-se, assim, a modificações e deslocamentos. O resultado deste processo é a formação de um sintoma.

O conceito de sintoma, como tantos outros, foi sendo reformulado por Freud, de acordo com suas novas descobertas sobre o funcionamento dos processos inconscientes. Segundo Maia, Medeiros e Fontes (2012), pode se encontrar três momentos distintos da elaboração deste tema em sua obra: o conceito de sintoma antes de 1900; o conceito de sintoma entre 1900-1920, e o conceito de sintoma após 1920.

O período anterior a 1900 compreende a fase em que Freud, muito influenciado pelo paradigma moderno da ciência e por suas experiências junto a Chacot e Breuer, defendia que a histeria era o produto de um conflito psíquico gerado por um evento traumático que deixou marcas no psiquismo, porém não era lembrado no estado de vigília. A perspectiva desta época postulava que o paciente sofreria uma experiência sexual prematura e traumática que deveria ser recalçada, contudo, por força de contingências da vida desse paciente, lhe vem à

consciência a lembrança de tal evento, o que lhe demandava um esforço para recalca-la, isto levaria a formação de um sintoma primário (Freud, 1986/1996a). Portanto, eram justamente esses restos de eventos que haviam sido esquecidos, que retornariam no corpo causando paralisias, dores inexplicáveis, cegueira, ou seja, os sintomas histéricos.

Todavia, Freud passa a questionar a ideia de que a origem da histeria estava nos traumas sexuais relatados pelas pacientes. Para o mesmo, o trauma sexual, vivência de uma cena tida como verdadeira pelo indivíduo, deve ser pensado enquanto uma fantasia traumática de sua realidade psíquica. Sendo assim, seriam as fantasias que produziriam os sintomas de suas pacientes e não um trauma sexual real, como se pensava anteriormente.

Cabe ressaltar que no início de suas elaborações acerca do que afetava as histéricas, Freud utiliza-se da hipnose para tratar suas pacientes. Entretanto, ele abandona este método, tanto por sua falta de habilidade especial do hipnotizador, a qual reconhecia não ter, quanto em função do encobrimento da resistência, que afetava o tratamento e passa a utilizar-se a sugestão e a técnica da pressão como modos de impulsionar seus pacientes a falarem de conteúdos desagradáveis, dos quais insistiam em dizer que não lembravam. Isto o leva a estabelecer, a associação livre como a regra principal da psicanálise (Freud, 1904[1903]/1996b).

Já em 1900, com a publicação do seu texto “Interpretação dos sonhos”, Freud passa a salientar que os sonhos são realizações de desejos inconscientes, que também não está totalmente livre do processo de defesa, por isso se manifesta de forma distorcida. Com esta descoberta, ele passa a afirmar que, assim como os sonhos, os sintomas também são a realização de um desejo, que é sempre sexual. Porém, um fato interessante é que o sujeito que sofre com seu sintoma, não consegue reconhecer neste uma satisfação. O sintoma, portanto, ocupa um lugar paradoxal na vida do sujeito, já que além de conotar sofrimento para este, também é uma forma de satisfação pulsional deformada e irreconhecível.

Na “Conferência XVII”, Freud (1917[1916]/1996d) revela que os sintomas neuróticos têm um sentido que se estabelece de acordo com a vida dos sujeitos que deles padecem. Nesse momento da obra Freudiana, o sintoma é tomado como uma mensagem cifrada que encontra lugar para sua elaboração no espaço analítico e que, ao mesmo tempo, provoca resistências ao seu tratamento. O ciframento da mensagem segue as mesmas leis de funcionamento dos outros fenômenos lacunares do inconsciente, uma vez que os seus conteúdos são submetidos às mesmas distorções que sofrem ao aparecer num sonho, ou incorrer num ato falho (Maia, Medeiros & Fontes, 2012).

Estas torções e versões que os conteúdos inconscientes são submetidos, devido ao recalque, fez com que Freud se debruçasse sobre a relação de compromisso entre o sintoma e as duas forças que entraram em luta no conflito: a libido insatisfeita, que representa o recalado, e a força repressora, que compartilhou de sua origem. Assim, segundo o seu texto “Conferência XXIII” (1917[1916]/1996d), as duas forças que entraram em luta encontram-se novamente no sintoma, de forma a encontrar nesta saída uma forma de reconciliação, por assim dizer, através do acordo representado justamente pelo sintoma formado.

Cabe lembrar que, até este momento da obra Freudiana, a suas teorias estão sob a regência dos princípios da realidade e do prazer. Todavia, a partir sua prática clínica, Freud percebe que os sintomas carregam em si uma satisfação que torna o tratamento difícil. Ele, então, se dá conta que é com muita resistência que os pacientes abrem mão se seus sintomas e, ainda assim, não de modo total e definitivo. Essas conclusões o levam à elaboração de uma hipótese além da homeostase do aparelho psíquico, e conseqüentemente, do princípio de realidade e do prazer.

A partir de 1920, com a introdução da segunda tópica do aparelho psíquico, bem como da noção de pulsão de morte, Freud percebe que para além do princípio do prazer, há um real de gozo impossível de ser representado no sintoma (Maia, Medeiros & Fontes, 2012). Isto o obriga a repensar este conceito e a empreender novos estudos a fim de buscar entender a formação dos sintomas.

Assim, em “Inibição, sintoma e angústia” (1926/1996g), Freud avança em seus estudos quando apresenta o sintoma como “um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado jacente; [o sintoma] é uma consequência do processo de recalque” (p.95). Esta nova formulação sobre a formação de sintomas permite-lhe concluir, a partir da análise da fobia de Hans, que a angústia, essência da fobia, provém não do processo de recalque, como acreditava anteriormente. Na verdade, a angústia é um sinal de desprazer provocado pelo ego, que coloca o processo de defesa, o recalque em movimento, o que promove, conseqüentemente, a formação de sintomas (Freud, 1926/1996g). É sobre esta perspectiva que o próximo capítulo empreenderá um esforço no intuito de apresentar o seguimento desta pesquisa.

Em relação à formação de sintomas, vale destacar o que Freud assinalou sobre a pulsão de morte. Segundo seus ensinamentos a pulsão de morte é, em última instância, a responsável pela repetição do sintoma, de maneira que se retorne sempre a um mesmo lugar; lugar de sofrimento e desprazer, o qual proporciona uma satisfação paradoxal, que faz o

sujeito gozar de seu mal-estar (Maia, Medeiros & Fontes, 2012). O sintoma, então, se sustenta não em um sofrimento, mas em uma satisfação. Por isso, para o sujeito é tão difícil abrir mão do sintoma, pois ele manifesta, mesmo que de modo invertido, a sua via de contentamento e sustentação.

Outro texto importante que Freud discute a formação de sintomas e a pulsão de morte é o intitulado de “Análise terminável e interminável” (1937/19961). Neste ele expõe os limites da clínica analítica diante da impossibilidade de satisfação pulsional por completo e, logo, da eliminação dos sintomas e da neurose. Aqui, ele deixa claro que diante da realidade do sintoma como solução de compromisso e como satisfação pulsional, a psicanálise não pode dar quaisquer garantias no tratamento. Dessa forma, tentativas de prevenção de futuros conflitos e a questão da cura são infrutíferas.

A partir dessas formulações de Freud, a psicanálise vai ensinar que a verdade do sintoma é uma verdade construída. Assim, seria impossível ao analista revelar ao sujeito o sentido desse recalcado que retorna, porém, é possível, ao sujeito, construir sua verdade num processo analítico. Dessa maneira, numa análise busca-se que a palavra plena surja por meio da transferência, no qual o sujeito pode se implicar com aquilo mesmo que o faz sofrer, se dando conta de sua parte em seu sintoma e assumindo sua história (Maia, Medeiros & Fontes, 2012).

## **5 MEDO E INFERTILIDADE SEM CAUSA APARENTE: UMA POSSÍVEL RELAÇÃO A PARTIR DA RELEITURA DA TEORIA DA ANGST DE FREUD**

Se Natureza ou Pandora é mãe e inimiga, o medo é pai e inimigo. Ele protege o homem, mas também o destrói. É fundamental à sobrevivência, contudo sua presença constante adoce a alma e arruína o corpo (Rodrigues, 2008).

Rodrigues (2008) propõe um retorno à Freud e uma tentativa de resgatar o sentido profundo que ele atribuía à palavra *Angst*, que deve ser traduzida em português como medo e não como o foi tradicional vocábulo “angústia”. Segundo aquele, esse afeto, universal em seu conteúdo, atraiu a atenção e interesse de Freud, o qual dedicou parte de sua obra à tentativa de encontrar uma teoria que lhe permitisse entender a ação desse afeto na vida psíquica e na formação de sintomas.

Para o referido autor (2008), diante do legado monumental que Freud deixou, é preciso continuar avançando, propondo sempre novas explorações e descobrimentos; é preciso que as pesquisas tenham a pretensão de ir “além de Freud”, contudo, dentro do continente que ele mesmo demarcou, a fim de elucidar questões que se mostram intrigantes dentro da psicanálise. É nesta perspectiva que Rodrigues desprende um trabalho em torno do conceito de *Angst* e das suas errôneas traduções, de forma a propor releitura da teoria, elaborada por Freud, que cabe a este termo.

### **5.1 O vocabulário *Angst* e seus equívocos**

Freud, ao falar dos terrores e temores humanos, onipresente sintoma clínico, remeteu-se à palavra “*Angst*”, que, embora tenha sido traduzida como angústia e ansiedade significa, em português, medo. Rodrigues (2008) destaca que os equívocos de traduções da obra de Freud podem ter sido cometidos intencionalmente, com o objetivo de circunscrever a

prática em psicanálise no domínio da medicina. Além disso, ao que se refere propriamente ao termo *Angst*, é bem possível que os primeiros tradutores tenham se confundido devido ao fato do próprio Freud utilizar outras terminologias para falar do medo. Assim como, ele fez quando precisou empregar termos franceses para substituir várias palavras alemãs. Dentre estes vale destacar *angoisse* (angústia), *anxiété* (ansiedade) e *peur* (medo), todos empregados no intuito de substituir a palavra “*Angst*” em alemão (Rodrigues, 2008).

A própria Imago Editora, ciente dos erros de tradução no português, vem empreendendo esforços para reparar os equívocos das edições anteriores, sob a coordenação do tradutor Luiz Aberto Hans. Conforme Rodrigues (2008), no que se refere ao vocábulo *Angst*, a Editora reconhece que sua tradução correta é medo. Assim, na apresentação que a mesma faz ao ensaio “Além do princípio do prazer”, editada em 2006, esclarece:

Seja qual for o termo que se opte por empregar na tradução, é importante que o leitor tenha presente que em *Angst*, mesmo quando se trata de um medo vago e antecipatório, ocorre um estado de prontidão reativa, visceral e intensa. Trata-se de um afeto vinculado à sensação de perigo e que pode transformar-se em fobia e em pavor. Todos, aspectos com implicações teórica se clínicas de amplo alcance. Isto vale tanto para a primeira como para a segunda teoria Freudiana da *Angst* (p. 133-134, citado por Rodrigues, 2008, p.35).

É, pois, esse sentido de *Angst*, como medo, em suas variadas manifestações diante a qualquer perigo, seja este externo ou interno, que o trabalho de Rodrigues (2008) se propôs a resgatar e que a presente pesquisa se embasou. Ressalta-se, que diante o exposto acima, este trabalho optou por utilizar em vários momentos a tradução medo, ao invés de *Angst*.

## **5.2 A releitura da teoria do medo em Freud – uma possibilidade de ir além do seu postulado**

Ao investigar as neuroses atuais, Freud se defrontou pela primeira vez com o problema do medo. No início de suas pesquisas clínicas, ele foi percebendo que as histórias que seus pacientes lhe traziam eram permeadas por um medo, que poderia se manifestar na forma de expectativa temerosa, ou se fazia presente de maneira crônica. Ele, então, começou a esboçar uma teoria sobre este afeto, já que, além de envolver importantes reações fisiológicas, era a causa de um sofrimento psíquico. Clinicamente, esses se apresentavam ou na forma do

que denominaríamos “ataques de pânico” e Freud denominou “Ataques de medo” [*Angstanfall*] ou na forma de “expectativa temerosa” [*ängstlich Erwartung*], que atualmente é identificada como “Transtorno da ansiedade generalizada”.

Ao longo de sua obra, ele desenvolveu duas teorias da *Angst* (medo) a fim de entender a influência deste afeto no mecanismo psíquico e ressaltar sua importância na clínica. Assim, encontram-se em seus estudos duas concepções e funções do medo atuando, enquanto uma defesa do inconsciente. Salienta-se, que, para o objetivo do presente trabalho, o que interessa discutir é somente a segunda teoria da *Angst*. Contudo, achou-se interessante apresentar brevemente ao leitor o que Freud sustentava na primeira teoria.

### 5.2.1 PRIMEIRA TEORIA DO MEDO

A primeira teoria do Medo, formulada durante a primeira tópica da obra de Freud, foi construída dentro de uma perspectiva econômica. Em seu texto “*Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica intitulada neurose de angústia*”, Freud (1985/1996a) postula que *Angst*, o medo, seria decorrente da deflexão da energia sexual livre que não havia encontrado ligação psíquica. Este afeto, por se constituir de uma energia livre, não possuía um objeto devido sua plasticidade energética, o que lhe permitiria facilmente se ligar a objetos ou situações da realidade ou se transformar em uma fobia.

Ao dar continuidade à explicação sobre este afeto, em *Interpretação dos sonhos*, texto de 1900, ele anuncia que o medo é resultante de dois processos: um fisiológico, no qual a libido, não ligada psicologicamente, seria descarregada pelas vias neurônicas e motoras sobre a forma de medo; o outro seria proveniente do recalque da libido já ligada psiquicamente (Rodrigues, 2008). Portanto, para Freud (1926/1996g) a *Angst* (o medo) seria, na verdade, “um impulso libidinal que tem sua origem no inconsciente e é inibido pelo pré-consciente... Após a repressão, ‘a parcela quantitativa [do impulso instintual – isto é, a sua energia] não desapareceu, mas foi transformada em ansiedade<sup>4</sup>” (p. 83).

Ressalta-se que este medo abordado por Freud não se refere a um medo realístico, ou seja, um medo que possui um objeto nítido ou que diz de reais situações de perigo, mas sim de um medo neurótico, o qual seria causado por conflitos psíquicos, isto é, desejos recalcados.

---

<sup>4</sup> Medo

Por esta época, Freud fazia uma diferenciação entre medo realístico e medo neurótico. Para o mesmo, o medo realístico estaria relacionado ao temor (*Furcht*). Na conferência XXV, ele coloca que o temor refere-se a uma ameaça real e, dessa forma, possui objetos que desencadeiam uma reação fisiológica. Uma pessoa ao se deparar, por exemplo, com um leão, um temor irrompe. Nestes casos, tal afeto desencadeia uma reação diante a percepção de perigo fazendo com que a pessoa se prepare para fugir ou lutar. Este tipo de afeto é diferente do “medo neurótico”, o qual seria decorrente da pulsão libidinal, que se transforma em energia livre que pode se ligar a objetos ou se transformar em fobias. Com a reformulação dessa primeira teoria, Freud afirma que não há qualquer motivo para se postular diferença genérica entre ansiedade neurótica e realística (Freud, 1926/1996g).

### 5.2.2 SEGUNDA TEORIA DO MEDO

A segunda teoria do Medo, a que interessa a este trabalho, foi elaborada a partir da segunda tópica, quando Freud desenvolve os conceitos de ego, superego e id, no seu trabalho intitulado o “*O ego e o id*”, em 1923. Aqui, ele descreve uma nova estrutura da mente, que complementa a topografia anterior que se limitava aos processos dinâmicos que envolviam o inconsciente, o pré-consciente e o consciente. A introdução de uma nova visão estrutural significou um passo definitivo para que Freud reformulasse a teoria psicanalítica, possibilitando-o rever vários pontos cruciais de seus estudos, incluindo questões referentes à formação de sintomas e à teoria do medo (da *Ansgt*).

Assim, no texto de 1926, “*Inibições, sintomas e ansiedade*”, ele apresenta a reformulação de sua teoria econômica ao propor uma nova visão de como o medo seria gerado, visto que já não podia sustentá-lo mais como libido transformada. De acordo com seu novo pressuposto, o medo estaria relacionado a uma reação sobre um modelo específico de perigo, sendo o ego o responsável por desencadear esse afeto de maneira a acionar uma defesa psíquica – o recalque. Portanto, do ponto de vista das manifestações inconscientes, o medo seria o alerta que o ego emitiria quando se sente ameaçado.

A partir desta nova explicação estrutural, o ego, agora sede dos afetos, é aquele que comanda a ação de defesa. Conforme o anunciado na *Conferência de XXXII - Ansiedade e vida instintual*, Freud assinala (1933[1932]/1996i): “com a tese de que o ego é a única sede da



ansiedade<sup>5</sup> – de que apenas o ego pode produzir e sentir ansiedade<sup>6</sup> – estabelecemos uma posição nova e estável, a partir da qual numerosas coisas assumem um novo aspecto (p. 89)”. Aqui, fica evidente que a economia pulsional não apenas tornara-se mais ampla, como também forçara Freud a tentar explicá-la sobre o ponto de vista do que ocorria em cada instância psíquica (ego, superego e id), e não mais a partir da vicissitude dos impulsos, como anteriormente.

Ao rediscutir a fobia descrita no caso do Pequeno Hans e do Homem dos lobos, Freud (Freud, 1926/1996g) afirma que

O afeto de ansiedade<sup>7</sup>, que era a essência da fobia, proveio, não do processo de repressão, não das catexias libidinais dos impulsos reprimidos, mas do próprio agente repressor. A ansiedade<sup>8</sup> pertencentes às fobias a animais era um medo não transformado de castração. Era portanto um medo realístico, o medo de um perigo que era realmente iminente ou que era julgado real. Foi a ansiedade<sup>9</sup> que produziu a repressão como eu anteriormente acreditava, e não a repressão que produziu a ansiedade (pp. 110 e 111).

Freud, então, prossegue explicando que o medo, como um sinal, é resposta do ego à ameaça de uma situação traumática, isto é, uma situação de perigo (1926/1996g). Ainda nesta perspectiva, os perigos internos modificam-se durante a vida, embora possuam uma característica em comum, como a separação ou perda de um objeto amado. Freud identificou os vários perigos específicos que são capazes de precipitar uma situação traumática, saber: o nascimento, a perda da mãe como objeto, a perda do pênis (perigo da castração), a perda do objeto amado, a perda do amor do superego. Para o mesmo, este medo neurótico transforma-se em medo realístico, assim, aquilo que o ego teme transforma-se em perigo externo (1926/1996g).

Seguindo o pensar Freudiano, a perda de uma pessoa amada, ou mesmo a separação desta, poderá conduzir de várias maneiras a um acúmulo de desejos insatisfatórios e, dessa maneira, a uma situação de desamparo. O ego, ao perceber a ameaça desses desejos, desencadeia o afeto de medo, que por sua vez aciona o recalque, impedindo que tais impulsos avancem até a consciência. Aqui, o medo da situação de desamparo se manifestou como medo da perda do objeto libidinal.

Portanto, com a reformulação da segunda tópica, Freud (1926/1996g) passa a

---

<sup>5</sup> Medo

<sup>6</sup> Medo

<sup>7</sup> Medo

<sup>8</sup> Medo

<sup>9</sup> Medo

anunciar que um medo neurótico não se difere em aspecto algum com o medo realístico, salvo que seu conteúdo permanece inconsciente e apenas se torna consciente sob a forma de uma distorção. No intuito de exemplificar esta afirmação, ele cita o caso de um jovem que se tornou agorafóbico porque temia ceder às solicitações de prostitutas e delas contrair uma infecção sifilítica como castigo. Ele, então, explica que o paciente agorafóbico impôs uma restrição a seu ego, para escapar de certo perigo instintual: o perigo de ceder a seus desejos eróticos. Caso não impusesse alguma restrição o perigo de ser castrado, ou algum perigo semelhante, poderia mais uma vez ser evocado. Portanto, pode-se concluir que, diante um perigo interno, o ego pode passar respondê-lo, como se a ameaça fosse externa e concreta.

Como já mencionado, com a nova visão estrutural, a formação dos sintomas, assim como o medo, já não podia ser mais sustentada enquanto uma vicissitude econômica da pulsão. Assim, ao considerar que o afeto de medo é o que aciona o recalque, Freud passa a entender que, na verdade, há uma relação íntima entre tal afeto e os sintomas, uma vez que estes são resultantes da ação do ego no processo de defesa. Ele, então, vai explicar que o recalque, que promove a formação dos sintomas, processa-se a partir da resposta do ego diante uma ameaça (1926/1996g). Ele ainda acrescenta que tal processo de defesa pode acontecer por ordem do superego sobre o ego, já que há uma recusa a se associar a um impulso do id (1926/1996g).

Dando prosseguimento a tal pressuposto, sempre que o recalque se processar a partir do ego, podendo envolver o superego, será em resposta a uma excitação iniciada no id, o qual sofrerá os efeitos deste processo. No momento do recalque, o impulso ficará retido no id, onde terá dois destinos: o impulso pode ficar inibido em sua fonte ou, então, continuar se desenvolvendo até formar os sintomas neuróticos (Rodrigues, 2008).

Rodrigues (2008), ao rever a teoria do medo (da *Angst*), salienta que há outra condição patológica que se manifesta, ou concomitantemente às manifestações do medo, ou na sequência deste processo defensivo, relacionada ao surgimento de enfermidades orgânicas. De acordo com o autor (2008), o medo neurótico, da mesma forma que uma grave ameaça real, mantém o sistema fisiológico em funcionamento alterado caracterizando o processo de estresse crônico, que desencadeia as denominadas doenças psicossomáticas<sup>10</sup>. Neste sentido, a manifestação psíquica do medo também estaria ligada a repercussões somáticas.

A sua reformulação teórica pressupõe, então, que o medo neurótico ao manter o sistema fisiológico em funcionamento alterado, caracterizando o processo de estresse crônico,

---

<sup>10</sup> Entende-se por doenças psicossomáticas aquelas afecções orgânicas relacionadas a estados emocionais (Mello Filho, 2002).

que desencadearia as denominadas doenças psicossomáticas. Em outras palavras, o medo, ao atuar como o principal estressor emocional, repercute no organismo levando-o a desenvolver alguma enfermidade orgânica. Sendo assim, pode-se dizer que o medo neurótico, ao resultar em uma defesa psíquica, independente da situação externa, atua tanto em nível físico, gerando novos sintomas fisiológicos, neste caso as doenças psicossomáticas e em nível psíquico, gerando novos sintomas neuróticos, como: fobias, sintomas hipocondríacos, sintomas histéricos ou obsessivos, entre outros (Rodrigues, 2008).

### 5.2.3 UM NOVO PENSAR SOBRE A INFERTILIDADE SEM CAUSA APARENTE A PARTIR DE UM MEDO NEURÓTICO EXACERBADO

Sabe-se que, em seus primeiros estudos pré-psicanalíticos, Freud foi influenciado por uma perspectiva neurológica que o impulsionava nas tentativas de expressar os dados da psicologia em termos fisiológicos, no intuito de tentar entender o processo da formação de sintomas psicossomáticos. Embora o interesse pela fisiologia das emoções não tenha continuado ao longo de sua obra, Freud defendia o surgimento de novos sintomas físicos após a manifestação do medo. Segundo o mesmo, o estado preparatório para o perigo inicia-se a partir de alterações fisiológicas no organismo, passando pelo psiquismo e terminando em nível corporal (Rodrigues, 2008).

Com avanço da neurofisiologia, pesquisas trouxeram a relação entre o medo e o estresse, possibilitadas por estudos do circuito neurológico e endócrino. Dentre estes estudos estão os de Hans Selye, o qual descreveu o estresse como “um elemento inerente a toda doença, que produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais podem ser observadas e mensuradas” (1959, citado por Filgueiras e Hippert, 1999, p.41). Para Selye, intensas preocupações e apreensão amedrontadora leva a ativação do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal, o que desencadeia alterações fisiológicas (Loures, Sant’Ana, Baldotto, Souza & Nobrega, 2002). Estes estudos possibilitaram, então, a descoberta de que manifestação psíquica do medo, e demais emoções, estavam ligadas a repercussões psicossomáticas.

Rodrigues (2008) aponta que, atualmente, os trabalhos em medicina sobre o medo avançam em duas áreas principais: de um lado encontramos as neurociências que procuram

elucidar o circuito neurológico das emoções, sendo o medo, a emoção mais estudada; do outro, temos a endocrinologia que vem se dedicando cada vez mais no estudo das alterações hormonais e suas consequências, em resposta a experiências afetivas. Tais pesquisas vêm descobrindo, por exemplo, que alterações emocionais agudas levam o organismo a desencadear lesões, à suspensão do sistema imune, a atrofias e a um grave processo catabólico celular (Rodrigues, 2008).

A partir do que foi exposto até o momento, presume-se que mulheres diagnosticadas com infertilidade sem causa aparente, tenham vivenciado alguma ameaça, seja esta interna ou externa, que desencadeia reações aflitivas, temerosas que aciona o processo de defesa psíquico. Na sequência, o organismo se mantém em alerta, gerando alterações fisiológicas que poderiam comprometer o processo de reprodução, mesmo que não seja possível identificá-las no presente estudo, seja por motivos de desconhecimento do circuito que possa estar atuando neste processo, seja pelo fato dessas alterações serem sutis. Além dos sintomas somáticos, podem-se encontrar também casos em que as mulheres apresentam sintomas neuróticos, como, por exemplo, fobias.

Ressalta-se a causa do medo, do qual estamos discutindo, é da ordem daquele desencadeado pelas produções do inconsciente e singular à história do sujeito. Tal afeto surge quando o ego ao se deparar com alguma vivência que o remeta a conflitos internos vai acionar as defesas do inconsciente diante essa ameaça, por meio do recalque, sendo o medo, como explicado anteriormente, o sinal para a defesa psíquica e consequente alerta fisiológico. Bem como se sabe, o sujeito durante a vida se depara com situações que remetem a determinadas questões inconscientes referentes à sexualidade infantil, ao complexo de Édipo, à história dos caminhos identificatórios e aos aspectos narcisantes, o que pode levá-lo a se defrontar com seus desejos mais profundos e obscuros. O sujeito, então, fica à mercê das manifestações das pulsões que passa a se intensificar e a procurar vias de descarga, surge, pois, os sintomas psicossomáticos e os sintomas neuróticos.

Tais conteúdos inconscientes que desencadeiam o afeto de medo obedecem a um funcionamento próprio das instâncias psíquicas, de forma que não se revelam para o sujeito sem a intervenção analítica. Isto é, só é possível ter acesso a algum resquício de conteúdos do inconsciente por meio do processo analítico.

Sendo assim, apesar de se partir da premissa que o estresse pode provocar alterações no sistema reprodutivo, em diversos aspectos, e que este mesmo estresse pode remeter a uma ameaça interna e desconhecida que faz o aparelho psíquico se defender, desencadeando,

então, os sintomas neuróticos e somáticos, o estudo não tinha o intuito de desvendar quais seriam os conteúdos dessa ameaça e, portanto, a real causa que estaria fazendo o recalque operar.

Com base no pressuposto teórico apresentado e da metodologia adota, esperar-se poder inferir a uma possível relação do medo neurótico e sintomas psicossomáticos na infertilidade sem causa aparente. Portanto, é a partir da indagação sobre a relação entre a infertilidade sem causa aparente e o medo, indicador de um possível sintoma neurótico e de um alerta fisiológico característico do estresse, que esta pesquisa se apoiará, de forma a explorar a existência das manifestações desse afeto.

## 6 CAMINHO METÓDICO DO ESTUDO

### 6.1 Tipo de estudo

Este trabalho configura-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, o que possibilita investigar algumas questões relativas à infertilidade sem causa aparente e o medo com mais profundidade. Para Gil (2008), as pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade com o problema do estudo, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Ainda de acordo com o autor (2008), “as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (p. 27). Neste sentido, o presente estudo pode clarificar algumas questões sobre a infertilidade sem causa aparente que ainda não foram elucidadas, levando em consideração a escassez de publicações sobre o tema.

Ressalta-se que a abordagem qualitativa permite investigar algumas questões relativas ao objeto de estudo, de maneira a resguardar os aspectos singulares de cada sujeito participante. A pesquisa qualitativa, então, responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, com um universo de significados, aspirações, valores, atitudes e vivências (Minayo, 2008). Chizzotti (2000) enfatiza:

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; [...] O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (p.79).

Sendo assim, esta abordagem não se preocupa com o processo de quantificação dos dados, mas de buscar entender os meandros das relações sociais e determinadas vivências do sujeito, a partir de um recorte da realidade. Na verdade, o universo das investigações

qualitativas é o cotidiano e as experiências de cada sujeito, interpretadas e reinterpretadas por aqueles que as vivenciam (Minayo, 2008).

Uma das especificidades da metodologia qualitativa, relevante para a presente pesquisa, diz da ilusória neutralidade entre pesquisador e sujeito participante. Para Minayo (2008), a relação entre estes dois sujeitos é crucial, já que a visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento da pesquisa, isto é, desde a concepção do objeto até o resultado do estudo. Neste sentido que Flick (2009) confere às reflexões do próprio pesquisador sobre suas próprias atitudes, impressões, irritações, sentimentos e dentre outras observações em campo, dados relevantes para a pesquisa e, conseqüentemente, para a construção do conhecimento. Portanto, subjetividade do pesquisador quanto daqueles que estão sendo estudados, acabam por tornar-se parte do estudo.

Se tratando de pesquisa qualitativa, faz-se importante entender que não se deve sustentar o distanciamento e neutralidade entre pesquisador e pesquisado, mas sim utilizar-se da reflexividade para a construção do conhecimento, já que é uma condição *sine qua non* neste tipo de pesquisa. É a partir de tais considerações que a presente pesquisa, pretende lançar a mão do exercício da reflexividade durante todo o percurso do estudo, de forma a permitir que aspectos da sua subjetividade ou experiência pessoal do pesquisador possam contribuir para a construção desse conhecimento, desde que estes não silenciem os participantes, contaminando marginalmente o trabalho, conforme destacam Fine, Weis, Weseen e Wong (2006).

Embora esta pesquisa utilize da abordagem psicanalítica como pressuposto teórico, a mesma não pode ser considerada uma pesquisa em psicanálise. Uma pesquisa em psicanálise possui algumas particularidades inerentes ao arcabouço teórico, essencial para a sua realização. Pode-se dizer que existe dois tipo de pesquisa nesta vertente, uma que encontraria na clínica o seu ponto de apoio principal e a outra voltada para a pesquisa teórica da psicanálise, embora alguns autores questionem o seu teor, já que é difícil se pensar em clínica e teoria desarticuladamente, visto que é preciso uma teoria que sustente a clínica, assim como a clínica é quem sustenta a teoria.

De acordo com Lo Bianco (2003), a pesquisa em psicanálise referente à clínica traz uma característica peculiar em relação às pesquisas desenvolvidas por outros campos, pois é no material clínico que a pesquisa ganha seu colorido, sua vivacidade e, acima de tudo, sua originalidade. Aqui o objeto psicanalítico se deixa circunscrever apenas em análise. Ao levantar um questionamento sobre se haveria um método de pesquisa em psicanálise,

Calazans e Neves (2010, p. 202) postulam que: “se nos ativermos à clínica psicanalítica, podemos dizer que, se método há, ele é a própria clínica, práxis que se estrutura não em torno de um saber, mas de um não-saber”.

Ainda segundo Lo Bianco (2003), “pesquisa em psicanálise não pode ser motivada pela vontade de saber e buscar dados exatos para a comprovação de hipóteses formuladas *a priori*, argumentando que a direção tomada por essa pesquisa é dada pela experiência que afeta o pesquisador ou pela qual ele se deixa afetar (p. 117)”.

Portanto, este tipo de pesquisa não permite tomarmos um objeto de estudo de antemão para estudá-lo, assim como também não é possível selecionar o sujeito *a priori*, pois não há garantias que as questões que o sujeito traz à análise serão de interesse para o estudo pretendido. Assim como na clínica psicanalítica há uma ética voltada para a singularidade de cada caso, a pesquisa em psicanálise percorre este mesmo caminho.

## **6.2 Cenário do estudo**

Ao considerar que toda pesquisa científica necessita definir seu objeto de estudo e, a partir daí, construir um processo de investigação, delimitando o universo que será estudado, faz-se essencial neste momento do trabalho caracterizar o cenário que o mesmo será realizado.

Como será mencionada mais adiante, a pesquisa foi composta por mulheres que estavam em acompanhamento no Ambulatório de Infertilidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU-UJFJF). A instituição foi escolhida por possuir o único Ambulatório de Infertilidade da rede SUS da região que presta atendimento aos casais que apresentam alguma dificuldade para engravidar. Além disso, o HU- UFJF é centro de referência ao atendimento de pacientes da rede SUS, numa área de abrangência que engloba cerca de 90 municípios da Zona da Mata Mineira e do estado do Rio. Ressalta-se que esta instituição desenvolve um trabalho de assistência em saúde nos níveis primário, secundário e terciário, conjugando atividades de ensino, pesquisa e extensão (UFJF, n.d.). Sendo assim, se constitui de uma das mais importantes instituições da região, podendo vir a contribuir de maneira relevante para pesquisa a ser desenvolvida.



Ao que diz respeito ao Ambulatório de Infertilidade, especificamente, este funciona na Unidade do HU-UFJF localizada no bairro Dom Bosco de Juiz de Fora (HU- Unidade Dom Bosco). Atualmente, este Ambulatório funciona durante as terças-feiras, sobre a responsabilidade da Dr<sup>a</sup> F.

O mesmo é composto por uma equipe multiprofissional, que inclui: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo e residente de medicina e psicologia. Ressalta-se que o serviço de psicologia atua neste ambulatório somente por meio de encaminhamento, visto questões de déficit de profissional da instituição que não consegue dar conta de atender a todos os usuários.

Dentre os serviços disponibilizados pelo Ambulatório de Infertilidade, estão: avaliação clínica, solicitação de exames e sua interpretação, prescrição de medicamento, orientação ao casal, acompanhamento psicológico, tratamento dentro das opções disponíveis e encaminhamento. Neste sentido, embora este ambulatório não ofereça tratamentos que envolva as técnicas de reprodução assistida, como inseminação intrauterina ou fertilização in vitro, o mesmo ao identificar a etiologia da infertilidade no casal realiza os devidos encaminhamentos.

### **6.3 Sujeitos do estudo**

Tendo em vista que o objetivo desta pesquisa remete à infertilidade sem causa aparente, a mesma foi composta por mulheres que estavam em acompanhamento no Ambulatório de Infertilidade do HU-UJFJF, durante a realização do estudo.

Com base no delineamento proposto, a seleção dos sujeitos se deu por meio da técnica de amostragem por conveniência, em que o pesquisador selecionou os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam representar o universo do estudo (Gil, 2008). Sendo assim, participou da pesquisa 4 mulheres.

Essa perspectiva de amostragem intencional implica em uma seleção das unidades de amostragem a partir de critérios específicos (Gil, 2008). Portanto, alguns critérios de inclusão e exclusão da amostra foram criados tendo em vista os objetivos da pesquisa. Neste sentido, foram incluídas no estudo mulheres que com dificuldade para engravidar, diagnosticadas com

infertilidade sem causa aparente (ISCA) e com idade superior a 18 anos<sup>11</sup> e inferior a 35 anos<sup>12</sup>. Quanto aos critérios de exclusão, não participaram da pesquisa aquelas mulheres que se recusaram.

Para identificar cada uma das participantes, de maneira a preservar o anonimato e, assim, respeitar o que o código de ética em pesquisa rege, o estudo em questão optou por utilizar nomes falsos. Em tal propósito, usaram-se nomes de mulheres que eram consideradas estéreis na bíblia, mas que, de acordo com a narrativa da sagrada escritura, foram agraciadas por Deus com um milagre da maternidade. Dentre os nomes encontrados nos textos bíblicos, que foram usados para representadas para os sujeitos que participaram desse estudo: Sara (esposa de Abraão e mãe de Isaque- Gênesis 16 - 18), Rebeca (esposa de Isaque e mãe de Esaú e Jacó Gênesis 25) e Raquel (esposa de Jacó e mãe de José e Benjamim - Gênesis 30), Ana (esposa de Elcana e mãe de Samuel - 1Samuel 1).

Fez-se importante ressaltar que, a história dessas mulheres se aproxima com a dos sujeitos da pesquisa pelo menos em um quesito, a cobrança em relação à reprodução. A sociedade, desde os tempos bíblicos até o momento atual, tende a eleger a mulher como uma procriadora, exercendo sobre esta uma influência tal que a delega de ser necessariamente mãe e esposa. Talvez possa se dizer que, é como se houvesse um papel para a mulher na sociedade, o qual lhe fosse conferida a tarefa de ser mãe e cuidar dos filhos. Para aquelas que, ou se recusam a se submeter a estes pensamentos e optam por outros investimentos libidinais, ou se veem impossibilitada de exercer esta função, o preconceito, as perseguições e cobranças acabam por se fazer, muitas vezes, presentes em suas vidas, deixando, então, sua marca na vida de cada uma.

Borlot e Trindade (2004) pontuam “a ideia de que cabe à mulher a responsabilidade pela procriação encontra-se presente na sociedade de uma maneira geral e a infertilidade apresenta-se, para muitas delas, como um peso substancial, gerando sentimentos de culpa e autoconceito negativo, já que seu papel é tido como biologicamente definido e caracterizado pela maternidade (p. 64)”. Isto pode ser visto tanto nas narrativas bíblicas, como nas histórias das próprias participantes e de tantas outras na mesma condição de esterilidade. É, neste

---

<sup>11</sup> Optou-se por selecionar mulheres acima de 18 anos ao considerar a idade das mulheres que procuram o tratamento de infertilidade neste Ambulatório.

<sup>12</sup>De acordo com a literatura (Portugal, 2008), há uma acentuada redução numérica e um prejuízo na qualidade dos folículos disponíveis em mulheres acima dos 35 anos, o que dificultaria a fertilização. A partir de tal consideração, optou-se por incluir somente aquelas com idade inferior a 35 anos.

sentido, que o presente trabalho optou por utilizar nomes de mulheres inférteis encontrados na bíblia para representar cada uma das quatro participantes da pesquisa.

#### **6.4 Instrumentos da pesquisa**

- Roteiro de análise de prontuário
- Entrevista semiestruturada
- Diário de campo

Para realizar a coleta dos dados, a pesquisa adotou um roteiro de análise de documento (Apêndice A), a fim de analisar os prontuários das participantes. Este tipo de roteiro é importante, pois permite ao pesquisador selecionar as informações que interessa ao trabalho em questão (Minayo, 2008). Assim, os proponentes da pesquisa elaboraram algumas questões a partir dos objetivos da pesquisa, as quais servirão de guia para o pesquisador diante as variadas informações presentes no prontuário.

Além deste instrumento, esta pesquisa utilizou também a um roteiro de entrevista (Apêndice B), de maneira a auxiliar o pesquisador neste tipo de coleta de dados. A elaboração do roteiro desta pesquisa, realizada pelos próprios pesquisadores, seguiu aos critérios de uma entrevista semiestruturada. De acordo com Minayo (2008), a técnica de entrevista semiestruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador durante a coleta de dados. Este roteiro não precisa ser seguido à risca, de maneira a possibilitar o pesquisador formular outras perguntas pertinentes, durante a entrevista, esta estratégia permite ao entrevistado discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada. Assim, as perguntas formuladas devem, portanto, permitir uma ampliação e aprofundamento da comunicação e conteúdo, de maneira que não limite às respostas, mas sim favoreça a emergência de temas novos durante a coleta de dados, importantes para o resultado da pesquisa.

Sendo assim, o presente roteiro foi composto por dados pessoais de interesse, como idade, estado civil, profissão e composição familiar; além de questões referentes às vivências estressoras e possíveis sintomas somáticos e neuróticos, tendo em vista os objetivos da

pesquisa. Ressalta-se que, neste tipo de entrevistas, as perguntas formuladas se referem diretamente ao sujeito pesquisado, isto é, suas vivências e afeto (Minayo, 2008).

A fim de complementar as informações da entrevista, a pesquisa adotou também um diário de campo. Este instrumento, na verdade, é um caderno de notas que possibilita ao pesquisador anotar todas as informações relevantes que observar e que está além das modalidades da entrevista. As anotações nos diários de pesquisa podem se incluir conversas informais, observações de comportamento contraditório com as falas, momentos de choro ou risos na entrevista, dentre outras impressões (Minayo, 2008).

Neste sentido, a combinação destes três instrumentos citados possibilita os pesquisadores obterem dados de diferentes métodos, que podem se complementar ou se confrontar, permitindo, então, maiores elucidacões sobre as questões e indagações a respeito do tema de pesquisa.

## **6.5 Estratégia de coleta de dados**

Ao que se refere ao procedimento da pesquisa, primeiramente, o projeto, antes de ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF) via Plataforma Brasil, foi apresentado à médica responsável pelo Ambulatório de Infertilidade, a fim de solicitar a sua autorização para realização da pesquisa. Na ocasião, foi solicitada também ao diretor do Hospital Universitário a declaração de concordância quanto à realização da pesquisa na instituição. De posse dessa autorização, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, para que o CEP/UFJF o análise. O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética, sob o parecer número 519.639.

Após a aprovação necessária, deu-se início à seleção dos sujeitos da pesquisa por meio de análise dos prontuários da instituição. Para tanto, foi realizado um levantamento de pacientes que iniciaram o acompanhamento no período de janeiro de 2013 até janeiro de 2014, a fim de selecionar aqueles que estejam dentro dos critérios descritos. Por meio deste levantamento foram encontradas 11 mulheres que atendiam aos critérios de inclusão.

O passo seguinte consistiu no contato por telefone com os possíveis sujeitos, a fim de explicá-las o objetivo da pesquisa e convidá-las a participar da mesma. Nos casos em que os sujeitos aceitaram o convite, foi marcado dia e horário para a entrevista. Assim, após esta

tentativa de contato com as 11 mulheres, somente quatro se propuseram a participar da pesquisa. Ressalta-se que dentre os motivos de não participação da pesquisa, três foram devido à recusa, sendo que duas dessas mulheres moram em outra cidade, e as outras duas por questão de mudanças do número de telefone não informado à instituição.

No dia da primeira entrevista de cada um dos sujeitos, foi explicado a esse o objetivo da pesquisa, para que eventuais dúvidas possam ser esclarecidas e, se for o caso, para que manifestem discordância quanto à investigação. Após o esclarecimento de todas as dúvidas e as informações de direito fornecidas, foram realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice C), elaborado com base na resolução nº 466/12 (2012). Assim, a pesquisa em questão zelou pelo anonimato dos entrevistados, portanto, os dados pessoais não foram e nem serão expostos a terceiros. Os benefícios obtidos pela investigação podem ser considerados significativos e sem malefícios, respeitando-se, assim, o princípio da beneficência e não maleficência.

Nesta fase da coleta de dados, foram realizados dois encontros com cada sujeito, a fim de realizar as entrevistas. A opção por realizar dois encontros está relacionada à tentativa de maior aproximação entre sujeito e pesquisador, bem como a de aprofundar melhor as questões pertinentes ao estudo. Cabe ainda salientar que não houve qualquer problema em marcar a segunda entrevista com os sujeitos. Na verdade, eles demonstraram se apresentaram receptivos e colaborativos com o estudo. Todas as entrevistas aconteceram dentro da instituição hospitalar citada. Algumas foram possíveis serem marcadas no dia da consulta, uma vez que tal estratégia acaba por facilitar a adesão ao estudo.

Tais entrevistas seguiram o modelo de entrevista semiestruturada, cujo roteiro foi elaborado pelos próprios proponentes da pesquisa, a partir da revisão bibliográfica. Este tipo de entrevista permite ao entrevistado seguir a linha de seu pensamento e experiência dentro do foco da pesquisa, mas sem se prender a indagação formulada (Minayo, 2008).

As mesmas foram gravadas em um aparelho de Music Player IV (MP IV), transcritas na íntegra e posteriormente analisadas. Essas gravações ficarão retidas com os pesquisadores durante 5 anos, conforme preconizado na resolução de ética em pesquisa 466/12 (2012). Após o referido prazo, elas serão destruídas. Para a realização das entrevistas não haverá limitação do tempo.

Ressalta-se que, embora a pesquisa tivesse como pretensão realizar, antes de iniciar a coleta de dados, uma entrevista-piloto, no intuito de testar o roteiro elaborado, isto não foi possível devido ao número pequeno de sujeitos que aceitaram participar da mesma.

É importante destacar também que a pesquisa preocupou-se em realizar encaminhamentos para acompanhamento psicológico, caso os sujeitos solicitassem. Nas entrevistas realizadas, duas mulheres fizeram esta solicitação: a Sara e a Rebeca. No caso da Sara por ela não estar mais vinculada ao ambulatório, como será visto mais adiante, e pela própria exigência dela, a mesma foi encaminhada para uma clínica particular. Já Rebeca foi orientada a conversar com a médica responsável no ambulatório, pedindo que a encaminhasse para o Serviço de Psicologia que atua no hospital.

Ao final da pesquisa, pretende-se realizar um encontro com a equipe do Ambulatório de Infertilidade, no intuito de apresentar e discutir os resultados da pesquisa. Acredita-se que este feedback à instituição possa trazer questões pertinentes para o referido Ambulatório sobre o tema a ser pesquisado, de forma a implicar todos os sujeitos sobre o atendimento de saúde ofertado. Além disso, é uma estratégia que permite cumprir o dever ético em pesquisa, de forma a possibilitar à instituição ter acesso aos resultados do estudo, uma vez que sua colaboração se faz essencial para que o mesmo possa ser realizado.

## **6.6 Análise de dados**

A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (Bardin, 1977, p.44)

Para analisar os dados gerados pelas entrevistas, adotou-se a análise qualitativa em decorrência da característica do instrumento. Este tipo de análise, ao focar a exploração do conjunto de representações sobre um determinado tema, possibilita a produção de resultados importantes para o estudo em questão, já que trabalha com o universo de significados, sentimentos, aspirações, valores e atitudes (Gomes, 2007).

Nesta pesquisa, a análise dos dados envolveu, na verdade, dois tipos de material: o diário de campo e as entrevistas, já que a análise do prontuário não revelou dados significativos que pudessem contribuir com o objetivo proposto. No início planejou-se incluir a análise de prontuário para se realizar uma tríade dos instrumentos coletados. Contudo, os dados sobre o estado de saúde dos sujeitos registrados neste documento e, neste sentido, possíveis patologias e sintomas relevantes para o estudo, não foram evidenciados.

Para representar o tratamento dos dados da entrevista, utilizou-se a Análise de Conteúdo que, conforme Minayo (2008) é uma técnica de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Bardin (1977) designa o termo análise de conteúdo como um “conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos da descrição de conteúdo mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 42)”.

Entre várias modalidades de Análise de Conteúdo, o presente estudo utilizou a análise temática. Segundo (Minayo, 2008), na análise temática, o pesquisador deve descobrir o tema, ou seja, “[...] descobrir os *núcleos dos sentidos* que compõem a comunicação e cuja *presença*, ou *frequência* de aparição pode significar alguma coisa para objetivo analítico escolhido” (p. 316). Em Bardin (1977), a análise de conteúdo, basicamente, desdobra-se em três fases, a saber: pré- pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na primeira etapa, que corresponde à pré-análise, o pesquisador já transcreveu as entrevistas e, com isso, já possui um contato intenso com o material coletado, o que lhe permite refletir sobre os objetivos do estudo e explorar o material. Esta etapa pode seguir os seguintes passos: leitura flutuante do conjunto das comunicações; a constituição do corpus, termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade; formulação e reformulação de hipóteses, de forma a retomar a etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material e das indagações iniciais (Bardin, 1977).

Já na etapa de exploração do material, descrita por Bardin (1977), com o material dividido em partes, o pesquisador deve buscar pelos diferentes núcleos dos sentidos, a fim de agrupá-los em categorias, que são expressões ou palavras significativas que organizam o conteúdo das falas. Posteriormente, as categorias são reexaminadas e modificadas tanto para formar conceitos mais abrangentes, quanto para criar subcategorias, visando, então, facilitar a composição e apresentação dos dados. Ainda nesta etapa, é elaborada uma redação por tema, articulando os sentidos dos textos com o referencial teórico.

Por fim, tem-se a última etapa que constitui no tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Aqui, parte dos dados pode ser submetida à análise estatística simples, para que posteriormente proponha inferências e realizar interpretações (Bardin, 1977). Assim, tem-se,

no primeiro momento, a necessidade de descrição dos dados, para, posteriormente realizar a interpretação embasada na teoria. Tal processo só é possível a partir da inferência.

A análise não se esgota com a categorização, isto é, há a necessidade em ir além da descrição, a constante busca de acrescentar algo a mais à discussão é essencial na pesquisa qualitativa. Neste sentido, Gomes (2007) salienta que, na exploração do material, é preciso “[...] caminharmos na direção do que está explícito para o que está implícito, do revelado para o velado, do texto para o subtexto” (p.101).

Dessa forma, o pesquisador precisa ter muita sensibilidade para captar o conteúdo que está implícito nas falas dos sujeitos e a partir disso realizar reflexões. Como Chizzotti (2000) atesta “O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (p.98).

Os dados encontrados, a partir da análise temática do conteúdo da entrevista, foram articulados com o diário de campo, a fim de discutir a possível relação entre o medo e a infertilidade sem causa aparente. Para realizar tal propósito, foram utilizados os estudos já realizados, disponíveis na literatura. Portanto, para realizar a análise dos dados, o pesquisador se utilizou do material como um todo, buscando articular o resultado obtido, objetivo da pesquisa e referencial teórico adotado.

Os resultados, então, foram descritos e discutidos no item posterior, que teve respectivamente as seguintes categorias e subcategorias (apresentadas entre parênteses): 1) Particularidades dos os sujeitos da pesquisa; 2) *Por que eu não consigo engravidar, se eu não tenho nada?*; 3) A infertilidade: “um obstáculo na minha vida”; 4) *O medo e as vivências estressantes* (Eventos estressores e sintomas: coincidências ou possível correlação?; “*A questão de a gente querer ter um filho e não estarmos conseguindo que afeta um pouquinho*”; Uma coisa que tenho medo...; 5) A chaga da maternidade (A cobrança por filhos).



## 7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes de iniciar a análise dos dados e discussão dos resultados, propriamente dita, foi apresentada uma descrição de algumas particularidades das participantes que a pesquisa considerou importante, a fim de se ter uma melhor compreensão de cada caso. Tendo em vista que os resultados das entrevistas a serem discutidos foram analisados isoladamente, isto é, a análise não se deu somente a partir de um único fragmento relatado, fez-se primordial apresentar, primeiramente, a especificidade de cada caso, tomando o material como um todo.

### 7.1 Particularidades dos os sujeitos da pesquisa

Sara

Sara (28 anos) mora em Juiz de Fora com o marido (26 anos), em um apartamento emprestado pela prima. Neste apartamento moram ela, o marido e um cachorro. Ela trabalha em um salão de beleza como manicure, já o marido é funcionário de uma fábrica de abatimento de frangos da cidade.

De acordo com a mesma, seu jeito “bater de frente... ser torrona, respondona, achar que é a dona da verdade” a faz brigar bastante com o marido: “Só Jesus... nesta hora que você vê. Eu pego muito pesado [risos]”. Apesar de o marido ser uma pessoa tranquila e sensata, quando a briga envolve a dificuldade de engravidar, acabam culpando um ao outro: “você não pode arrumar filho...”.

Eles estão casados há quatro anos e desde este tempo vêm tentando engravidar. Ela contou que desde nova tem vontade de ser mãe, por isso quando se casou tomou o anticoncepcional somente por um mês, mas nunca engravidou. No início, não deu importância ao fato de não conseguir engravidar. Foi só no ano passado que notou que deveria haver algum problema, o que a levou a procurar um médico: “*Como a gente tinha casado de pouco eu não dei muita importância. Depois que a gente se mudou que foi no ano passado, que eu comecei a reparar que não estava vindo direito... Que não estava engravidando. Aí eu vi uma*

*mulher engravidando, a outra também. Aí eu pensei: ‘deve ter algum problema’. Foi onde eu procurei a médica”.*

Sara, ao falar da sua dificuldade de engravidar, comentou estar fazendo tratamento medicamentoso tomando um indutor de ovulação, que é uma medicação para estimular a ovulação da mulher. A mesma explicou que este tratamento dura seis meses. Todavia, precisou interromper por um tempo por causa de cistos que apareceram em seu ovário. Foi necessário, então, tratar primeiro destes cistos.

Na segunda entrevista realizada Sara disse que desistiu de continuar com o tratamento de infertilidade, pois este estava deixando ela e o marido muito estressados e, conseqüentemente, afetando de forma negativa a relação entre eles:

*Eu já ouvi falar que tem muita gente que terminou o casamento por causa disto, né? Porque a mulher fica muito estressada. Toma muito hormônio. Nossa! [...] Porque eu não sei as outras meninas, mas lá em casa estava atrapalhando muito, mais muito mesmo o meu casamento. [...] Isto até acaba com o casamento, né? Você fica infeliz, infeliz... Acho que ... Filho foi feito assim, por uma necessidade ou uma coisa boa, mas não é para acabar com a pessoa, não.*

A relação tortuosa que o casal passa a viver quando se está fazendo o tratamento de infertilidade é claramente vista na pesquisa. A infertilidade, ao representar o adiamento de algo tão sonhado e planejado, gera, por si só, uma série de sentimentos, como medo, culpa, frustração, incompletude, impotência, entre outros. O casal quando se vê diante a dificuldade em ter um filho e opta pelo tratamento de infertilidade, a velha angústia de não conseguir conceber vem somar-se à aflição cotidiana, pois ele passe a se submeter às orientações médicas, que irão dizer quais os exames necessários a se realizar, quais as medicações que devem ser tomadas, o dia da consulta e retorno, os hábitos que se precisa interromper, como parar de beber ou fumar, se será preciso alterar a dietas alimentar, além de seguir uma tabela que indica qual o “dia ideal” que se pode fazer sexo.

Como Spotorno (2005) salienta: “A sexualidade perde um pouco de sua espontaneidade e de seu sentido lúdico de prazer em meio aos gráficos de temperatura, testes e tratamentos. O tratamento da infertilidade intensifica a perda do controle sobre um aspecto privado da vida do casal: a sua relação sexual” (p. 15). Não se pode se esquecer de que, enquanto o casal segue com as orientações necessárias, há uma grande expectativa pela gravidez no próximo ciclo de menstruação, o que gera muita ansiedade e estresse, visto que o resultado, muitas vezes, é o oposto do que se espera. O casal, então, move-se de uma espera pela gravidez para o reconhecimento de serem incapazes de ter um filho biológico.

É diante tais impactos que Sara e o marido optaram por desistir do tratamento, levando-os a tomar uma nova decisão e seguir outro caminho, a saber, o caminho da adoção: “É muito estressante. Eu fiz foi o... encaminhei para a adoção. [...] Fui. Demos a entrada, eu e meu marido... tem três meses”. A adoção, então, passa ser um dos caminhos escolhidos por aqueles que acabam se deparando na vida com a impossibilidade de ter um filho.

Para Sonego (2007), a adoção de crianças é buscada pelos mais diferentes motivos, entre eles a infertilidade, a saída dos filhos de casa, a morte dos filhos, medo da solidão, entre outros. No caso da infertilidade, a adoção aparece como uma das alternativas para se ter um filho, quando o casal percebe um limite pela via natural - um filho biológico. Entretanto, como Sportono (2005, p. 74) ressalta “é preciso elaborar a impossibilidade do filho biológico, para que o filho adotivo encontre um lugar de pertencimento e não de estranheza”.

Portanto, a aceitação da adoção é algo que deve ser construído, pois irá marcar a aceitação de uma perda: a perda do filho biológico, mas também a aceitação de uma nova possibilidade de ser mãe e pai, de uma criança que, embora não tenha sua genética, será quem herdará os seus projetos, sonhos e desejos. A adoção talvez possa representar como um tampão da ferida narcísica, nos casos em que o filho adotivo, realmente ocupe o lugar do seu objeto de amor. Enquanto Sara e o marido, optaram pela adoção, ver-se-á mais adiante que os relatos de Raquel apresentam outro caminho.

## Rebeca

Rebeca (25 anos) trabalha como auxiliar de limpeza em uma loja na cidade. Ela e o seu companheiro estão juntos há mais ou menos sete anos. De acordo com a mesma, eles planejam se casar ao final deste ano, de modo que marcaram a data da celebração no civil. Ela reside com o seu noivo em casa própria, construída no mesmo terreno em que a família dele também mora.

A participante declarou que sua vontade de ter um filho surgiu a partir do desejo do marido e de cobranças por parte da família:

*Ah! Esse negócio de ter filho [pausa], tem uns 8 anos para cá. Eu tinha uns 18 anos... Ah! Eu não pensava, não. “Não, vamos curtir a vida, eu estava novinha ainda?”. Mas como o irmão dele teve filho, aí deu vontade também... Ele é acostumado com criança. Lá na minha casa é cheia de criança, parece uma creche. Quando ele chega em casa do trabalho, aí está cheia de criança no*

*terreiro. Ficam tudo lá jogando bola. Tem um pequenininho que não larga ele... Ele não sai lá de casa... Até banho ele [marido] dá... Ah! Desde quando casei... Eu me casei em 2008... Nós [ela e o marido] fomos morar juntos. Aí ele falou: “o que você acha da gente ter um filho?”. Aí eu disse: “tudo bem”. [...] No início eu não queria não. Eu sempre gostei muito de sair. Só que aí... Aí minha mãe falou: “não minha filha”... Minha mãe e minha sogra falaram: “não... Aí dentro desta casa não tem um barulho de criança, nem nada”. Aí eu aceitei, sabe? Aceitei sabe? A proposta dele. Aí eu vim fazer tratamento.*

Ela comentou que o encaminhamento para o Ambulatório de Infertilidade, se deu após o acompanhamento médico que realizou em Torrões (distrito do município de Juiz de Fora). O médico responsável por atendê-la a encaminhou para o HU-UFJF. Foi quando ela começou a fazer o tratamento de infertilidade com uma médica, mas devido à saída dessa profissional da instituição, a participante foi encaminhada para a atual médica responsável pelo seu tratamento. Nesta transição, Rebeca interrompeu o tratamento por um tempo, retornando em 2013.

Faz-se importante destacar que o início da vinda da participante ao referido ambulatório para realizar o tratamento de infertilidade é bem peculiar a sua história, pois segundo ela: *“No início eu ia porque minhas colegas iam. Aí falam: “vamos lá Rebeca, vamos lá”. Elas falavam: “Rebeca, no dia que você quiser ter filho, você vai ter que fazer tratamento”. Meu médico lá em Torreões falou. Aí as meninas conheceram Dr<sup>a</sup> L., aí me chamaram. [...] Só que aí, mas eu não levava a sério. Pensava: “já que as meninas vão, eu vou”.*

Ainda de acordo com este relato, embora estivesse realizando acompanhamento há algum tempo, sua real vontade em ter filho e, conseqüentemente, seu engajamento no tratamento de infertilidade surgiu há dois anos:

*Tentando, tentando engravidar mesmo, tem dois anos. Tentando mesmo [...] Antes eu... É... Antes eu ia por ir, né? Eu ia por ir [...] Eu ia assim por ir, entendeu? As meninas falavam: “oh Rebeca vamos lá”. Porque eu comecei a tratar mesmo lá em Torrões. Aí que ele [médico] me encaminhou para cá [...] Porque antes assim eu estava só namorando entendeu? “Arrumar filho agora, ele não vai querer ficar comigo”. Aí que depois que eu fui morar com ele mesmo, que eu comecei a fazer tratamento mesmo- [...] Aí foi a Dr<sup>a</sup> F. que falou: “Não Rebeca, você quer ter um filho? Vamos ter um filho mesmo, sem brinca... sem brincadeira... De ficar brincando”. Aí depois na Dr<sup>a</sup> F. que eu comecei a querer o filho mesmo. Mas antes era zoar mesmo. Antes eu ia porque as meninas iam.*

Assim, como tantas outras mulheres que fazem tratamento de infertilidade, Rebeca já pensou em desistir do tratamento *“Às vezes tem vontade de desistir do tratamento. Aí ele*

*[marido] fala: “não desiste, não Rebeca”. Aí ele [marido] fala: ‘Continua... continua... vai tentando, porque as vezes você consegue’. [...] Quando ela [médica] falar que não tem como mesmo, aí eu paro. Enquanto ela falar que eu tenho possibilidade, aí eu vou tentando”.*

O que chamou atenção nesta fala é que a decisão se continua ou desiste do tratamento parece ser somente da mulher e não do casal. Talvez por ser justamente em seu corpo que praticamente os procedimentos são realizados, lhe dá o direto sobre a tomada de decisão. É a mulher que na maioria das vezes se empenha em ir às consultas, é ela quem faz uso das medicações para estimular os hormônios, quem faz os exames para ver quase todos os meses para ver a ovulação. É o seu corpo que é rascunhado, passado a limpo o tempo (Miranda e Moreira, 2006).

Em relação a sua infância, Rebeca contou que seus pais se separaram quando ela tinha oito anos de idade. A mesma, então continuou a morar com a mãe, enquanto o pai se mudou para uma casa próxima a sua. Após a separação, a sua mãe passou muita dificuldade financeira: *“Às vezes não tinha nada para comer. Aí eu falava: ‘mãe eu estou com fome’. Aí ela falava: ‘não Rebeca, dorme, porque a sua barriga vai parar de roncar’. Aí eu acordava no outro dia e ia para o colégio”.*

A mãe de Rebeca atualmente mora na zona rural, na casa de parentes. A participante é quem ajuda nas despesas da casa, pois a sua mãe já não trabalha mais. Ela também morava nesta casa antes de se mudar. Segundo a Rebeca, quando se decidiu sair, para ir morar com o seu companheiro, sua mãe não aprovou e nem apoiou sua decisão. Esta atitude se deu devido ao medo que sua mãe tinha da filha passar pela mesma história de violência doméstica, abandono e dificuldades financeiras que passou: *“Ela dizia que por meu pai bater nela, ela achava que todos os homens que eu arrumasse, me bateriam também. Ela ficava com medo dele bater. Minha mãe, só porque os homens batiam nela, ela achava que me bateriam também, que todo o homem vai bater em mim, só porque bateu nela. Agora que ela está vendo que ele não é assim. Agora está gostando dele”.*

Quanto ao pai de Rebeca, ele parece se dar bem tanto com ela, quanto com o marido dela, embora, haja pouca proximidade na relação de pai e filha. Um dos motivos que ela mencionou em decorrência desse distanciamento é que além do pai ter se separado e mudado quando era nova, a sua atual mulher, que, na verdade, é a prima dele, não apoia esta proximidade e, portanto, impede-a de visitar o pai.

Faz-se importante nesta contextualização descrever também a relação maternal, entre a Rebeca e sua mãe. Em seu discurso foi possível perceber uma mãe faltosa, que aponta para

um demanda de amor por parte de Rebeca. A figura de uma mãe faltosa apareceu, por exemplo, quando ela falou do abandono de sua mãe quando criança, para que pudesse se divertir: “*Minha mãe deixava a gente para poder ir para baladinha*”. Outra ora, ela destacou a escolha da mãe pela sobrinha, ao invés dela que é filha:

*Minha mãe tem uma sobrinha pequenininha dela lá... Ela liga mais pra ela que para mim [...]. Mas eu queria que ela viesse morar comigo, entendeu? Mas ela não quer vir. Ela fala que não gosta de cidade, não. Acostumou na roça né? E lá também tem minha priminha pequenininha. Ela pegou essa menininha desde pequena para olhar. Ela cria essa menina, entendeu? Ela não larga essa menina por nada. Aí não vem por causa dessa menina, aí. É sobrinha da minha mãe. Por causa dela, ela não vem não.*

A figura de sua mãe aludiu para uma falta, a qual Rebeca não consegue preencher, embora se coloque em movimento para isto. Assim, esta relação acaba por fazer com que Rebeca tente suprir necessidades de sua mãe, dando lhe presentes, por exemplo, talvez numa tentativa de ganhar seu amor: “É. Quem sabe? Às vezes eu amoleço o coração dela, né? [risos]. Dando as coisas para ela, por ela está bom. Outro dia eu fiquei sem levar ela começou a falar que nem ligava para ela, que eu não dava mais as coisas. Dando é uma beleza”.

Na segunda entrevista realizada, ela mostrou-se bastante preocupada com a continuidade do tratamento, pois estava tomando a última caixa de remédios para estimular a ovulação do ciclo do tratamento. Diante a possibilidade de não continuação do tratamento, ela cita a adoção como uma saída para se ter um filho: “Aí eu falo assim: não, eu quero ter meu filho agora, este ano ainda. Se eu não conseguir mesmo, eu vou... ou se eu não adotar meu filho”. Como Sigal (2003) pontua a adoção não soluciona a infertilidade, mas pode ser uma alternativa simbólica para aquelas mulheres que não podem ter filhos, mas podem ser mãe.

A vontade de ter filho ou, talvez possa se dizer, a vontade de perder o filho não desejado é tão marcante na entrevista que a mesma até relatou uma cena bastante excêntrica, a qual após sofrer um acidente acredita ter perdido o bebê que ainda nem fora gerado.

*Uma vez lá na casa da minha mãe, quando eu pensei que tinha ficado grávida, porque minha menstruação havia atrasado cinco dias. Aí eu estava estendendo a roupa no varal e tal, quando fui subir o murrinho na rampinha, escorreguei e aí o negócio desceu. Aí falei com meu marido assim: “nossa perdi o filho”. E ele: “que filho? Você não está esperando filho não. Você acha que sua menstruação atrasou cinco dias e acha que está com filho?”. Minha mãe disse: “você está paranoica, minha filha, não tem nenhum filho aí”. Aí eu fui ao médico, né? Por sentir uma dor muito forte. E ele falou: “não, foi sua menstruação que descer”. Nossa aquilo me abalou tanto, tanto. “Nossa não é possível”. Desde aquilo dia fiquei com isto na cabeça.*

## Raquel

Raquel (32 anos) está casada há 8 anos com o marido. Mudou-se de Petrópolis para Juiz de Fora em 2012, cidade em que reside atualmente com o mesmo e mais dois cachorros. Sobre os seus cães, disse ser a paixão da sua vida e conta que a fêmea da raça Cocker era da cunhada, mas quando foi visitá-la gostou tanto do animal que não devolveu mais. A participante se define como uma pessoa caseira, muito vaidosa, organizada, tranquila e bastante calma. Ela se referiu como sendo uma pessoa que fala pouco, diferente do marido e da irmã, embora quando discute com o marido só ela possa falar.

Graduada em direito, trabalha como advogada em um escritório de advocacia na cidade. Além de trabalhar, ela se dedica bastante a estudar para concursos públicos, já que este é o seu maior sonho: *“eu acho que o principal é este. O que eu mais desejo”*. Ela também menciona, em outro momento da entrevista, o filho, como um dos seus planos e sonho.

Sobre a infertilidade, Raquel comentou ter descoberto quando parou de tomar o anticoncepcional. Como já havia se passado um ano e seis meses mais ou menos após a interrupção do uso do medicamento, ela procurou ajuda especializada. Foi quando ela e o marido fizeram os exames necessários, mas a partir destes não se conseguiu identificar a causa da dificuldade de engravidar. Tem dois anos que está fazendo tratamento.

Ainda em relação à dificuldade de engravidar há um dado interessante, o qual apontou para uma identificação do sujeito com a sua mãe, já que esta só conseguiu ter seu primeiro filho após oito anos de casada: *“Faz 8 anos em dezembro [participante se refere ao tempo que está casada]. Mas a minha mãe também só conseguiu ter filho depois de oito anos de casado. Lá em casa somos 4. Ai depois que ela engravidou foi um atrás do outro”*.

Quanto ao quadro de infertilidade do casal, ela e o marido optaram por não contar a ninguém sobre essa dificuldade em ter filho e nem sobre o tratamento realizado. Segundo a sua justificativa, ela não tem paciência de explicar as perguntas que iriam surgir e também não gosta de falar da sua vida particular para as pessoas. Sportono (2005) em seu texto traz exatamente esta discussão. Para o mesmo, a decisão de omitir o fato de estar realizando tratamento para engravidar se deve tanto ao sentimento de vergonha que a mulher sente diante a sociedade, como também está relacionada às expectativas e pressões recorrentes da família

para que o casal tenha um descendente, que faz com que o mesmo se sinta incomodado por qualquer forma de questionamento a respeito de filho.

Ao que diz respeito à sua relação com o marido, ela afirmou ser “*boa e tranquila, já que não somos muito de brigar ou discutir*”. Todavia, há alguns pontos dessa relação que ao despertar certo estranhamento, valem ser pontuados neste momento. A participante, ao falar de quanto tempo está casada, se queixou de ter casado nova, demonstrando, de forma discreta, certo arrependimento, uma vez que, devido os afazeres de casa, não encontra tempo suficiente para estudar. Conforme ela mesma relata:

*Se fosse... Com a cabeça que eu tenho hoje, não naquela época. Poderia casar agora com 32. Mas naquela época, não. Mas não me arrependo só que não casaria, não. Porque a gente faz muita coisa que depois você vê que... Não é que não valeu a pena... Como eu diria... Valeu a pena, mas eu não faria. Entendeu? Até pela pessoa, às vezes a situação, às vezes eu já estava aprovada no concurso, porque toma muito tempo. O tempo que eu tinha para dedicar para o marido, eu estudava e estava feliz da vida [risos]. O marido eu arrumava depois. Mas fui casar... Mas está bom.*

Outra fala que chama atenção foi quando ela comentou que ficaria mais conformada do que o marido, caso realmente não consigam ter um filho, visto que a causa da infertilidade não foi identificada e, portanto, não se sabe quem, na verdade, teria o problema que levaria à infecundidade. Neste sentido, se ele terminasse com ela para ficar com outra pessoa, que conseguisse dar o que tanto ele quer: um filho, ela “*não se esquentaria a cabeça*”.

*Assim, eu me conformo melhor do que ele. Porque na verdade ninguém sabe de quem é o problema. Nós fizemos todos os exames e de ninguém deu nada, né? Por exemplo, ele fica comigo e não tem filho. Mas, às vezes, se ele arrumar outra pessoa, às vezes, ele vai ter filhos com a outra pessoa, né? A mesma coisa sou eu. Às vezes, o problema não... É ele, não sei. Às vezes, eu arrumando outra pessoa, eu consigo arrumar também. Eu penso assim, pelo jeito dele, né?. Eu não, eu já estou conformada. Ele poderia não falar, mas acho que ele pensaria assim? [...]. Eu sou tranquila. Eu não penso, não. Agora, se ele quiser me deixar para (gagueja) ficar com outra pessoa e arrumar outro neném, também não esquento a cabeça, não.*

Em um primeiro momento, ao ler esta fala pode-se pensar em certo desinteresse do sujeito pelo seu casamento. Contudo, como se sabe o inconsciente usa de certas defesas para recalcar do consciente os desejos, dos quais o sujeito não consegue dar conta naquele momento, seja pela opressão do seu superego, seja pelo fato desta ideia reportar algum conteúdo doloroso para o mesmo, como, por exemplo, ser aquela que carregaria a



impossibilidade de ser mãe e seu parceiro de ser pai. Merece destaque a seguinte fala da entrevistada:

*Eu ficaria com a consciência mais pesada, né? Porque problema estaria comigo e não com ele, né? Quer dizer, eu teria o problema e não ele. Às vezes ele ficaria comigo, porque estamos há 8 anos casados aí ele ficaria comigo, né? Mas às vezes a vontade dele fosse me deixar e arrumar filho com outra pessoa, já que ele saberia que o problema é comigo e não com ele. Agora como não sabe, fica-se fazendo exames [risos] [...] Aí ele vai ficar comigo o resto da vida e não pode ter filho, eu vou ficar impedindo, né? [risos]. Ah! Eu sou meio doida [risos]. Ah! Ter pensamento assim, né? Ah! Mais eu vou fazer o quê? Nada. Né? Não adianta ele ficar comigo e ficar infeliz, né?*

Neste momento, cabe, portanto, a seguinte questão: o que realmente ela queria dizer com a expressão “não esquentaria a cabeça”, ao se referir à separação do casal? Haja vista que, em vários momentos desta fala, ela deu algumas risadas, o que pode ser indícios de que algum processo de defesa estaria operando neste momento. Aquela verdade que o sujeito, até então, não fora capaz de ser dizer, é revelada por meio do chiste. E também chegou a gaguejar.

Durante os primeiros anos do século XX, Freud procurou estudar a lógica do inconsciente e mostrar que ela está presente nos sonhos e sintomas, como também na vida cotidiana, nos atos falhos, chistes e, um pouco mais tarde, nas práticas religiosas e na arte. Assim, em 1905, publicou o livro “Os chistes e sua relação com o inconsciente”, no qual tentava desvendar o que torna uma piada risível e o que é o riso para a economia psíquica.

Morais (n.d.), ao discutir em seu texto, o humor e a psicanálise, descreve o riso como um signo que indica que algo fundamental produziu-se no analisando e abre para ele novos canais de acesso à experiência analítica. Ele explica que no decorrer da análise, quando algo da ordem do registro do trágico é tocado, pode desencadear risadas, abrindo caminhos para que alguma coisa da ordem do não previsível e do não familiar emerja, de forma a possibilitar o encontro com o horror, presente nos meandros do psiquismo. Sendo assim, o riso, o chiste e o humor podem ser consideradas formas efetivas de se lidar com o mal-estar. Na verdade, podem ser pensados como o outro lado do trágico, frente e verso, isto é, trágico e cômico.

O que o discurso Freudiano vai preconizar na técnica do chiste e do seu efeito humorístico, os mesmos mecanismos da condensação e deslocamento são empregados pela defesa psíquica, da mesma forma que acontece quando o inconsciente se apresenta nos sonhos, nos atos falhos ou nos sintomas. O chiste ao estar estruturado como uma formação do

inconsciente permite o trânsito de alguma coisa da ordem do recalcado, abrindo a passagem deste, sem pagar o preço do padecimento dos sintomas (Morais, n.d.). Neste sentido, que se pode ousar afirmar que as risadas de Raquel revelaram, por meio do cômico, a tragédia vivenciada por trás da infertilidade, o que acaba por atingir sua relação com o marido.

Como se sabe, em alguns casos de infertilidade a culpa é um sentimento bastante presente, principalmente quando se não consegue descobrir a sua causa. O corpo denuncia o “culpado” pela infertilidade, pois ele é um obstáculo para a consecução do filho. Matthews e Matthews (1986, citado por Sportono, 2005) salientam que o diagnóstico de infertilidade pode fazer com que a pessoa passe a se sentir culpada, duvidando do afeto do parceiro. Criar-se a fantasia de que o parceiro pudesse conseguir o filho que tanto deseja se tivesse com outra pessoa. Com isso, a autoestima e autoconfiança do casal sofrem um forte impacto, de maneira a tornar o relacionamento sobrecarregado de acusações, culpas e desapontamentos. A infertilidade, então, faz com que o sujeito se depare com o horror e a tragédia, enquanto ele tem que passar a se haver com as suas fantasias e o sentimento de culpa.

Cabe ainda ressaltar que dentre as quatro mulheres entrevistadas, Raquel foi a única a decidir fazer inseminação artificial. Segundo ela, *“a médica me encaminhou para Belo Horizonte, para fazer inseminação. Mas aí tem que marcar médico... acho que vai demorar muito. Acho que vou marcar com ela no consultório particular. Vou esperar até o final do ano para ver se eu engravidar, né? se não vou fazer com ela a inseminação”*.

As Novas Tecnologias Reprodutivas supõem uma tentativa de satisfazer a demanda da mulher que se manifesta em querer ter um filho e não pode. Contudo, há muitos casos em que a demanda não coincide com o desejo. Nestes casos, embora nem todos necessariamente, as mulheres exprimem, por meio da infertilidade, algo de sua impossibilidade de assumir a responsabilidade de ser mãe, e talvez isso mereça ser respeitado.

A psicanálise vai sinalizar que há algo no desejo em ter um filho que escapa aos procedimentos tecnológicos, uma vez que não se restringe ao corpo biológico. Assim, há um excesso que não consegue ser simbolizado, um desejo que está para além da ordem consciente e que opera sobre o corpo, permitindo ou não à mulher ficar grávida. A medicina da procriação ao responde reduzindo o fenômeno a uma manipulação de substâncias elimina de seu discurso à dimensão do desejo e a inscrição do projeto parental.

Na medida em que tal tecnologia prioriza a utilização de técnicas biomédicas para reverter à infertilidade, ela não leva em consideração o sujeito do inconsciente, aplicando à reprodução operações que não possibilitam à mulher a se questionar sobre seu desejo em ter

um filho e sim, sobre o que teria de errado no seu corpo biológico que a impedisse de engravidar. Por isto se faz importante o diálogo entre os diferentes saberes e profissões ao se deparar com casos de infertilidades, visto que não cabe à medicina à escuta do inconsciente.

Ana

Ana (31 anos) residiu na zona rural, localizada no interior de Minas Gerais, com os pais até os seus 22 anos, quando se mudou sozinha para Juiz de Fora. Sua mudança se deu devido à finalidade de estudar e trabalhar. Como ela mesma explicou: “Porque aqui [Juiz de Fora] é um centro de estudo”.

Após três anos residindo na cidade conheceu o marido (36 anos), com quem veio a se casar. Eles estão juntos há seis anos e meio, estando casados há quatro. Atualmente, mora em sua casa, com o marido e o seu irmão, que também se mudou para Juiz de Fora em busca de maiores oportunidades de estudo. Ela trabalha há três anos como caixa na mesma empresa em que o marido é o gerente e garçom.

Ana contou na entrevista que se mudou para Juiz de Fora para fazer curso técnico em enfermagem. Todavia, acabou por desistir do curso, quando no terceiro período, ao atuar na UTI, se deparou com as mortes e urgências peculiares a este ambiente hospitalar. Mesmo não tendo concluído seu curso, ela optou por não continuar a estudar ou a fazer outros, pois como ela mesma disse: “*Estava concentrando para ser mãe*”.

Parece ser comum nos casos de infertilidade uma necessidade de dedicar-se às sucessivas tentativas de engravidar. Há um direcionamento e um investimento para se concretizar este projeto, de modo que as outras conquistas tornam-se desinteressantes. Spotorno (2005) comenta que “a situação de infertilidade promove um tipo de concentração de todos os investimentos pessoais, ficando a vida da paciente mobilizada, na espera de um desenlace” (p. 74).

De acordo com Ana, a vontade de ter um filho esteve presente na sua vida desde a adolescência, quando ficava fazendo planos para o futuro, imaginando que iria se casar por volta dos seus 18 anos e teria filhos aos 20 anos. Assim, na medida em que se casou a decisão em tentar ter um filho surgiu: “*Olha, desde que ... eu não queria ser mãe solteira, não. Na medida em que eu casei, né?... que conversei com meu marido e tudo... ele já tem o filho dele. Mas aí ele falou: “não, quero ter um filho com você também e tudo”. Sempre tive vontade,*

*mas na minha mente só depois que eu estruturasse uma família. Aí na medida em que eu casei, a gente começou a tentar”.*

Segundo o seu relato, ela parou de tomar o anticoncepcional após seis meses de casada. Nesta época, como não sabia que tinha problema de ovário policístico, nos meses em que havia atraso da menstruação, ficava na expectativa de ter engravidado. Chegava, então, a fazer os exames, os quais constatavam o resultado negativo para gravidez. A mesma afirmou ter ficado mais ou menos um ano tentando engravidar, até que começou a estranhar sua dificuldade. Foi quando procurou um ginecologista.

O médico contactou, por meio de exames realizados, que ela possuía cistos no ovário, o que dificultava o estabelecimento de uma gravidez, mas não era um impedimento. Ana, então, começou a fazer acompanhamento no ambulatório de infertilidade do HU-UFJF. Com o tratamento realizado os cistos desapareceram, mas mesmo assim, ela não conseguia conceber, por isto continuou o acompanhamento no ambulatório. Ela relata:

*Porque como a doutora mesmo disse, meus exames de hormônios, de sangue e tudo, deram normais. Até o último que eu fiz, que foi o ultrassom das trompas também deu normal. Ela até caracterizou minha infertilidade como infertilidade sem causa aparente, né? Porque eu só estou mesmo, pelos exames que eu fiz, eu só estava com o problema de ovário policístico. Os outros exames deram normais. O meu e do meu esposo.*

Cabe ressaltar que, na segunda entrevista realizada ela revelou que, após quase cinco anos tentando engravidar, finalmente havia conseguido. De acordo com os cálculos realizados pelo médico, ela já estava de quase três meses de gestação. Ana chegou a confessar, nesta entrevista, que já havia pensado várias vezes em desistir do tratamento, quando comentou:

*Mas é muito difícil passar por isto. Que nem da última vez que eu fui lá tinha uma mulher falando que é difícil para ela fazer o tratamento, porque ela é de Santo Dumont e que ela estava quase desistindo... Aí ela falando que quer muito, aí eu contei minha história para ela. Tem quatro anos que eu e meu marido estamos tentando, que ele já tem um filho e tudo. Nós fizemos os exames para ver se tinha algum problema e nada. E tem quatro nos que estamos tentando e não desistimos. Aí eu disse que estava grávida. Aí ela falou: “que bom e tudo, me abraçou”. Aí eu falei: “não desiste não. Nós já pensamos em desistir, mas não desistimos”. [...] Eu até achei que não ia dar, não. Eu estava fazendo tratamento, queria muito, mas no fundo, no fundo eu já estava me policiando, me corrigindo, educando minha mente para a possibilidade de não ter filho.*

Um ponto interessante que vale ser destacado aqui, diz a respeito a uma das características de como a participante se definia: “*porque eu sou muito pessimista*”. Esta

definição de si remete à sua posição frente processo de infertilidade, bem como a alguns medos e insegurança do seu dia-a-dia, que foram discutidos mais a frente. Além disso, aponta para a sua relação com o marido, o qual o via como um “*grande companheiro*” e seu “*psicólogo*”. Como proferido por ela: “*Ele era quase um psicólogo para mim [risos]. Ajudou muito a mudar meu jeito, porque eu sou muito pessimista. Tudo o que vou fazer: Ah! não vai dar certo, não vai dar certo, não sei o que. Mas agora eu mudei bastante, agora deu achar que não vai acontecer, não*”.

*A gente é um amigo, entendeu? É como eu falei, ele é quase um psicólogo para mim... A gente conversa e tudo. E ele fica perguntando as coisas. Às vezes eu não quero falar, aí ele fala: “Não, você tem que falar, tem que se abrir para eu te ajudar, para eu te entender. Porque não adianta você ficar aí no seu canto, às vezes, com raiva e tudo... A gente conversa não só sobre a gravidez, mas com alguma outra divergência que a gente tenha no casamento também”.*

## **7.2 Por que eu não consigo engravidar, se eu não tenho nada?**

A maternidade e a paternidade geralmente são uns dos projetos mais importantes na vida do sujeito e do casal. Ela representa um dos alicerces a partir do qual o casal constrói seu relacionamento. Devido a sua importância, a infertilidade pode representar uma situação potencialmente traumática e estressante, estimulando e/ou reativando conflitos estruturais, promovendo, assim, um forte abalo na estrutura psíquica do sujeito. Começa-se surgir, então, por quês?

O casal ao se depara com a dificuldade de engravidar começa a se questionar por que não estaria conseguindo ter se filho, permeado de dúvidas, fantasias e expectativa pelo filho. Ele passa a se perguntar o que teria de errado com o seu corpo ou com do parceiro, que estaria impedindo a gravidez? Diante tais questões, o casal se dirige ao corpo médico na esperança de se obter respostas e reparar o possível erro. Há, então, o endereçamento de uma demanda, uma busca para que se decifrem o enigma da sua infertilidade.

A medicina tenta propor soluções, por meio de técnicas e procedimentos biológicos, que visam ajudar os casais a ter um filho e, justamente, responder a pergunta que não se cala: qual o motivo da dificuldade de engravidar daquele individuo? Assim, amparada pelas tecnologias, esta especialidade investiga a capacidade fisiobiológica da mulher e do homem em gestar um filho. Todavia, como já mencionado em outra parte neste trabalho, nem sempre

a etiologia é descoberta. Neste sentido que a infertilidade sem causa aparente se mostrou não só para as participantes, mas também para própria equipe médica, como um mistério.

O casal ao falar sobre seu quadro sabe detalhar e nomear os exames e procedimentos realizados ou quais as medicações que são receitadas, embora nem sempre tenha o conhecimento do seu diagnóstico. Nas entrevistas, como pôde se observar, três das participantes não souberam nomear o seu diagnóstico, apesar de saberem que não foi evidenciado qualquer problema nela ou no marido que justificasse a infertilidade.

*Eu não tenho nada. Não tem nada impedindo. Ela falou. Ele fez exame semana passada. Só que não deu nada de novo. Eu estou sempre fazendo controle, não dá nada. Então, o que está impedindo se não dá nada? Aí, eu não sei. Eu também não sei o porquê. Aí, eu perguntei para a médica: “tem certeza que eu não tenho nada?”. [Ela falou]: “não, Rebeca. Você não tem nada. Se tivesse eu falaria com você, eu sou médica, né? Eu não iria esconder coisa de você. eu falaria com você” (Rebeca).*

Sara comentou ter perguntado sobre seu diagnóstico à médica: “Falar, falar mesmo... outro dia eu perguntei: ‘o que eu tenho?’ E ela falou: ‘nada... nada’ [risos]. ‘Mas porque eu não engravidou?’, ela não falou nada. Ela ficou quieta”. Ao final da pergunta de Sara, o não saber foi revelado pelo silêncio.

Notou-se na pesquisa que, por algum breve momento, só a notícia de que a causa da dificuldade não é devido a alterações em seu corpo, se faz o suficiente para o sujeito. Contudo, com o passar do tempo, como a causa que não é identificada e as propostas de tratamento fracassadas se distanciam da demanda consciente por filho, enquanto a espera por um filho vira uma agonia, o que surge em cena são os porquês. O interessante é que todas as participantes em algum momento das entrevistas se perguntaram o porquê não engravidam?

*Às vezes lê no jornal abandonaram uma criança, aí vem àquela coisa, por que né? Por que dá oportunidade então a uma pessoa que vai fazer isto e não dá para mim que quero cuidar. Não só o fato da pessoa... “Ah! a fulana está grávida”, eu fico mal ou quando eu vejo uma notícia ou alguma coisa assim que aconteceu, nossa! Eu me sinto assim, muito afetada com aquilo. Por quê? A mesma pergunta que eu faço, quando vejo uma pessoa grávida: “por que ela e não eu? Porque está pessoa que engravidou e matou ou abandonou ou jogou no lixo, por que não deu a oportunidade para mim, então” (Ana).*

*Aí! A minha por não ter nada a gente fica se perguntando por que a gente não consegue? Por que não tem nada? Porque eu? Não entendo, entendeu? Porque eu não estou conseguindo... Ela falou que não tem nada nem em mim, nem nele. Mas eu não entendo porque não? Nem ela deve saber por que, né?[risos] (Rebeca).*

Diante do não saber sobre o motivo da infertilidade e da necessidade em dar uma resposta para o problema, elas, então, criaram fantasias com o intuito de preencher o que ninguém conseguiu nomear ou explicar, de forma a dar um sentido para este vazio. A etiologia da infertilidade, então, apareceu com outros contornos, como: praga de mãe, o uso de anticoncepcional por longo tempo, crença de que não está ovulando, mesmo a médica não tendo comentado nada a respeito.

*Ah! Sei lá, né? As pessoas mais antigas falam que é praga de mãe. Porque a minha mãe não gosta muito do meu marido, não, sabe? Ah! Não sei se é verdade, mas pode ser praga de dela sim [risos]. Ah! Eu acho que sim. Por um lado eu acho que é ansiedade e por um lado a praga que ela jogou. [...] Ah! Pode ser sei lá... a pressão da minha família também. Ela me pressiona muito... Pressiona-me muito. Porque lá em casa todo mundo já tem filho. Só eu que não tenho. “Não vai arrumar filho, não Rebeca. Seu marido vai arrumar outro, minha filha”... Sabe, me pressionando (Rebeca).*

*Oh! Eu tomei remédio dez anos, né? Eu acho que pode ser isso, né? Porque se eu fiz os exames e não deu nada, eu acho que a única coisa que pode ser é... O remédio que eu tomei muito tempo. Porque uns médicos dizem que não tem problema, mas aí outros já falam que tem que atrapalha [...] Tipo assim, porque o organismo fica muito tempo sem, sem ovular. O remédio limita, aí até o organismo voltar a trabalhar normalmente, como eu tomei muito tempo o remédio, eu acho que isso atrasa né? Até o organismo voltar naquele ritmo. É estou ovulando, mas assim, se eu estou ovulando correto por que eu não engravidei até hoje? (Raquel).*

*Não ela nunca falou: “Ah! O seu problema é porque você não ovula”. Mas eu percebo do que ela fala com as meninas. Agora, eu não sei. É aquele detalhe, ou eu sou enxerida, ou eu fico prestando atenção. Eu também presto atenção no meu corpo, porque na primeira entrevista que ela faz, ela faz um questionário todinho, perguntando se você percebe... e eu nunca percebi. Eu única vez que eu percebi tem um mês, foi quando eu parei de tomar tudo, falei que não ia tomar mais, que eu não iria mais. Aí que e percebi que eu tinha ovulado (Sara).*

Cabe ressaltar que Sara ainda salientou que essa necessidade de entender o motivo da infertilidade se faz importante até mesmo para dar uma resposta para o questionamento das pessoas: “Aí... que nem todo mundo me pergunta: ‘porque você não engravida?’ [ela responde]: ‘Ah! Porque eu não ovulo’. Já respondi aí eles param de ficar perguntando”.

Nas entrevistas, evidenciou-se também que as quatro participantes apontaram a causa da infertilidade associada à ansiedade e estresse:

*Porque ela [médica] falou assim comigo, como eu sou muito ansiosa, que está me atrapalhando muito [...] Ela até falou que uma das pacientes dela mais ansiosa, sou eu (Rebeca).*

*Ah! Não sei. Eu acho que é muito meu emocional. Eu sou muito emotiva... Tem também a ansiedade. Eu sou muito ansiosa. Então eu acho que sim. Antes eu achava que não, mas agora eu acho que sim. É que nem eu te falei a mente é tudo, né? Aí mesmo você querendo ter e a mente atrapalha... Porque eu sou ansiosa. Eu não sei esperar. Só para você ver... Agora não, mas no começo, se minha menstruação atrasasse um dia, eu ia fazer exame [para ver se estava grávida]. Tinha dia que eu cheguei a fazer exame três vezes [risos] (Sara).*

*Olha não sei. Muita gente fala comigo que pode ser a ansiedade, né? A gente fica ansiosa e tudo. Eu assim, ficar relaxada, né? Às vezes passa meses e meses, não ficar concentrada tanto assim: “não, eu vou engravidar e tudo”. Mas o que pode estar levando, impedindo eu não sei (Raquel).*

*Então todo mundo fala, até que os médicos mesmos não falam muito nesta questão de ansiedade e se isto influencia. E agora, o pessoal que convive com você, todo mundo falava que era a ansiedade, que a gente fica esperando muito aquilo, por isto a gente não consegue. Mas assim, se isto influenciar eu acho que sim. Se ansiedade influenciar eu acho que te causa algum efeito para não engravidar, eu acho que sim. Porque no começo eu ficava realmente muito ansiosa, né? Todo o mês eu ficava esperando para engravidar. Eu vou engravidar, vou engravidar. [...] E mesmo querendo muito e não desistindo do tratamento, mas com aquela confissão: ‘Eu quero. Talvez eu consiga, mas eu acho que não, que não vai dar’. Aí eu acho que eu fui me tranquilizando mais. Assim, sabendo levar os dois: a vontade de ter um filho e de ser mãe e também saber aceitar que eu não pudesse. Acho que isto ajudou (Ana).*

Pôde-se ver que as mulheres da pesquisa estavam vivenciando um estresse durante a infertilidade, bem como momentos de ansiedade em função de uma gravidez que não acontece. Portanto, há uma repercussão destes afetos sobre o seu corpo, apensar de não saber de que modo isto acontece. A fala de Ana mostrou que para ela a sua dificuldade estava bastante relacionada ao seu estado de ansiedade e estresse. Como ela mesma coloca: “Se ansiedade influenciar eu acho que... de causa algum efeito para não engravidar”. Assim, segundo o seu relato, a mesma acredita que a partir do momento que ela começou a trabalhar para diminuir a sua ansiedade, de certa forma pode ter influenciado para conseguir engravidar. Vale destacar, que somente Ana fez esta relação.

Considerando que a pesquisa justamente empreendeu a sua análise de dados sobre a fala das participantes, tal resultado se faz importante para a pesquisa, já que é a própria participante apontando a relação entre estresse e dificuldade de engravidar. Partindo da premissa da psicanálise, que o sujeito é quem detém o saber, mesmo que um saber inconsciente, quem melhor do que a própria participante para dizer o que estaria afetando que poderia estar relacionada à sua infertilidade?

É claro que, embora ela consiga fazer esta associação, ela só conseguiria contornar as causas da sua dificuldade se no mínimo estivesse trabalhando suas questões na análise. A



construção do espaço psicanalítico, ao privilegiar a transferência e a experiência centrada na fala e na escuta daquilo que da ordem do inconsciente permite o sujeito elaborar aquilo que lhe afeta e trabalhar os seus medos, desejos e fantasias, isto é, com aquilo que representaria uma ameaça para o ego, conseqüentemente, aquilo que remeteria à causa do estresse e ansiedade.

Outro dado que se repetiu em todas as entrevistas está relacionada à fé e religiosidade das participantes. Na busca de tentar entender os possíveis motivos, as participantes recorreram, então, à religião. Em suas falas nota-se que há uma convicção de que é a vontade de Deus que rege todas as coisas, incluindo a sua capacidade de engravidar. Os porquês, portanto, passam a ser respondidos dentro de uma perspectiva religiosa.

*Não sei, eu vou mais para o lado espiritual mesmo. Deve ser a vontade de Deus. [...] Acho que... Estou começando a achar que é um pouco é a vontade de Deus. Se ele não me deu ainda, é porque ele viu que nenhum dos dois está preparado ainda para ter. Quando tiver, vem... Ah! Estou começando a pensar, porque... Não adianta né? Nada acontece se não for da vontade de Deus [...] Para Deus nada é impossível, né? Se for da vontade dele. Mesmo não sendo, eu quero, quero, quero (Sara).*

*Porque eu vou à igreja, aí eu penso às vezes: “eu acho que Deus se esqueceu de mim, porque todas as minhas colegas já tem filho entendeu?” Todas mais novas do que eu e já tem filho já e eu não. Aí minha mãe: “Ele não esqueceu nada. Deus está esperando ter uma casa própria, uma casa boa. Está esperando arrumar a sua vida, aí ele te dá” (Ana).*

*A minha vontade é muito grande. Mas, se Deus ver que não for da vontade dele, né? Tentar aceitar porque é difícil, é muito difícil [...] Aí você fica assim: “não, o que eu fiz?” que nem quem tem a questão da religião fica pensando: “o que fez de errado para Deus não me dar um filho. Será que eu fiz uma coisa grave para Deus me punir, com... pois você quer tanto que Deus vai te punir, porque você cometeu um pecado muito grande... aí vou te punir com a coisa que você mais quer”. Então. A gente não sabe o que pensar, porque dependendo da religião... Mas assim quem passa por uma situação desta, não só na fertilidade, na vontade de ser mãe... Mas qualquer situação, que você fica tão desesperada porque você quer muito uma coisa e você não consegue e fica desmoteada, que você pensa... Eu acredito que Deus é muito bom, que não é ruim para ninguém. Mas ao mesmo tempo... Quando você passa por uma situação desta você pensa que está sendo punido por Deus, que você fez alguma coisa errada... Ou mesmo que você se fez mal, prejudicando seu organismo. Não sei se todo mundo é assim. Mas pelo menos eu, procurava alguma coisa... Uma resposta... Ou é isto... Ou aquilo... Um por quê? (Ana)*

A partir de algumas falas percebeu-se o quanto as participantes depositam sua esperança e confiança em Deus, mas também no saber médico. Há uma crença de que esse profissional detivesse todas as respostas. Entretanto, assim como todo o saber a medicina

também tem suas limitações e ao perceber esta fatalidade, o sujeito se vê perdido em um não sentido, sem saber o que fazer ou quais caminhos que lhe restam, diante as possibilidades. Como é o caso de Rebeca, a qual se mostrou muito aflita desde a última consulta.

*Mas ela falou comigo que esta é a última tentativa, que ela fez, porque ela já não podia fazer mais nada. Tudo o que ela podia ela já fez. Era o remédio. Agora não sei se ela vai passar outro tipo de remédio, entendeu? Porque para minhas colegas lá ela passou, passou injeção... Passou outras caixas de remédio... Ela falou para mim que era a última tentativa. Entendeu? Agora não sei se ela vai continuar comigo, se não vai. Se ela não continuar, eu tenho que procurar outro médico, né? Ela falou assim: “oh Rebeca, eu já fiz tudo por você, tudo o que eu podia fazer eu já fiz”. Mas ela não tocou nada de assunto de outro remédio, de injeção, nada. Aí fiquei sem saber se ela vai continuar ou não. Aí se ela não continuar ou eu procuro outro médico ou eu entro na clínica de adoção (Rebeca).*

Assim, nota-se que a infertilidade é um objeto de estudo da medicina, a qual o sujeito na crença de solucionar o seu problema deposita no médico suas esperanças, confiança, expectativas, sonhos, enfim, seu próprio “destino”. Ressalta-se, então, o cuidado que o profissional deve adotar ao não encarnar na figura de Deus ao se atender esse tipo de demanda. É preciso além de saber manejar a confiança e esperança, ajudar o sujeito fazer sua travessia neste real que é impossibilidade de ter um filho biológico. Para tanto, se faz essencial entender o que representa a infertilidade, a maternidade e um filho para cada um.

Viu-se nas entrevistas que o sujeito ao tentar achar algo que justifique a sua infertilidade, primeiramente dirigisse ao médico, quem supostamente saberia responder a suas perguntas e lhe fornecer uma causa. Todavia, como não há evidencias de alterações fisiológicas nos casais com infertilidade sem causa aparente, nenhuma resposta para tal impedimento pode ser formulada. O sujeito então recorre à religião e o saber divino.

### **7.3 A infertilidade: “um obstáculo na minha vida”**

Para a mulher, o tornar-se mãe pode ser mais uma saída que a mesma encontra na construção da identidade feminina. A confiança na capacidade futura de reproduzir, assim como fez sua mãe, as fantasias e os desejos que permeiam a gravidez presentes ao longo de sua vida são elementos decisivos para a construção do sentido de feminilidade, identidade sexual e autoestima (Sportono, 2005). Assim, o depara-se com a infecundidade promove um

abalo considerável na estrutura psíquica da mulher, justamente por ser um importante referencial da feminilidade.

Nas entrevistas as mulheres contaram que a infertilidade representa para elas:

*Hum... Sei lá [silêncio] como posso falar... Um obstáculo na minha vida muito difícil, muito difícil. Porque quando você quer uma coisa, e fica tentando e lutando por aquilo e não consegue... É um obstáculo muito difícil. [...] Eu fico pensando, né? Porque minha família nunca teve caso e tudo, eu nunca imaginei que teria problema. Aí quando apareceu aí você fica meio traumatizada, né? “Poxa, só eu na família, que tem problema e tudo”. Aí se caso eu não puder engravidar, isto vai ser um obstáculo, quase um fardo que eu tenho que carregar. Ah! É bem complicado. É bem doloroso [risos] você passar por isto. Você tem a vontade e não está conseguindo [...] Aí você se sente incapaz e tudo. Você se sente assim: “Eu fui excluída. Fui excluída [pausa] no meio de tantas mulheres que não querem e eu quero. Então fica se sentindo assim, oprimida como se tivesse sido excluída de alguma coisa” (Ana).*

*Olha, eu acho que... Deixa a pessoa assim, um pouco, frustrada. Porque você saber que você não pode ter um filho, mas com o tratamento a pessoa consegue, Ah! Eu acho que... Como eu vou dizer... Não é boba, é outra palavra. [pausa]. É como se fosse incapaz, entendeu? Mas assim... eu nem me sinto assim, porque então o meu marido também tem que se sentir [risos]. Porque, eu não tenho nada e ele também não tem. Eu não esquento muito a cabeça, não. Como eu vou dizer. É, até agora eu... Igual eu estou falando, eu não me sinto, é... Incapaz. Mas se no caso eu souber, vai ser diferente, né? Se souber que eu não posso ter filhos mesmo. Aí... Você se sente uma pessoa inútil. Entendeu? Não é uma pessoa que não tem valor. Uma pessoa que não tem capacidade. Tipo isto (Raquel).*

Os fragmentos acima trouxeram dois significantes importantes para se definir a representação da infertilidade para cada uma. Observa-se que Ana se utilizou do significante “excluída” e Raquel o “incapaz”, “inútil”. O interessante é que os dois significantes remetem a posição delas enquanto mulher na sociedade. Isto denota o quanto o significante ‘maternidade’ é colado no significante ‘mulher’.

Sportono (2005) lembra que a dificuldade em reproduzir é vivenciada como um verdadeiro drama para a mulher, uma vez que ela vive tal circunstância como uma falha no papel esperado ou que a sociedade espera que seja designado à parte feminina do casal. Portanto, o ser mulher ainda parece estar “escravizado”, “aprisionado” ao ser mãe na sociedade ocidental atual.

Ana ainda acrescentou “então assim: ‘Ah! você não pode e tudo’ [se refere a uma impossibilidade real de ter um filho biológico], eu vou ter que aceitar. ‘Então realmente eu não posso ter um filho, então tudo bem’. Mas eu sempre vou carregar isto comigo. Eu não

*vou ser uma mulher, né? completa, se eu não tiver um filho, pela vontade que eu tenho. Eu acho que isto está sendo um obstáculo muito grande para mim”.*

Nesta perspectiva, se à mulher cabe à procriação, àquelas que não acolhem esta função são, muitas vezes, excluídas, vistas como incapazes e inúteis. Conseqüentemente, uma mulher que não tem filho é uma mulher excluída do meio social, aquela que por não cumprir seu papel não pode ser um exemplo a ser seguido. Uma mulher que não tem filho é uma mulher incapaz não só de gerar, mas incapaz de cuidar, educar uma criança, ela é incapaz de ser mãe. Se não é possível ser mãe, também parece não ser possível ser uma mulher por completo.

Já na análise das entrevistas de Sara e Rebeca, a representação da infertilidade destacou outro aspecto, o qual foi discutido mais detalhadamente no capítulo que se segue. Elas relacionaram a infertilidade com o momento em que estão vivendo: um momento de estresse e ansiedade.

*O que representa para mim esta dificuldade? [Silêncio] Difícil essa [risos]... [silêncio]. Ah! Eu fico triste, depressiva... Porque mexe muito com a cabeça... Com a cabeça. Ela [médica] até falou que uma das pacientes dela mais ansiosa, sou eu (Rebeca).*

*Ah! Para mim é muito estressante. Como eu te falei... Sou muito ansiosa. Eu sou assim, eu quero, quero, quero. Aí então se eu não consegui, aí estressa. Mas eu acho que fico mais emotiva por causa do remédio. Eu já sou por cota própria né? Tem dia que eu chego em casa eu choro, chorooo. Falo que não vou vir mais. É mentira, no outro dia estou aqui [risos](Raquel).*

Vale lembrar que frente à perda ou à ameaça da capacidade de reproduzir, muitas vezes o sujeito é invadido por sofrimento tal, que ele já não sabe distinguir o que lhe causa mais dor: a ausência do filho desejado ou os sentimentos de fracasso, de perda e de insegurança que o invadem nessa situação ou mesmo se é a própria situação de estresse e ansiedade vivenciada pelo inesperado.

#### **7.4 O medo e as vivências estressantes**

Esta categoria em particular é uma das mais importantes desta pesquisa, pois traz discussões que estão diretamente relacionadas ao objetivo deste trabalho, isto é, a possível relação entre medo e infertilidade sem causa aparente. Sendo assim, a investigação de vivência de eventos estressores e o medo, a partir da análise das entrevistas, foram fundamentais para proporcionar a discussão proposta pelo estudo, bem como a investigação de possíveis sintomas somáticos e neuróticos nas participantes.

Vale destacar que categoria, ao discutir os dados, não deixou de considerar o singular da história de cada uma das participantes. Com isso, na apresentação dos resultados viu-se a necessidade de expor os medos, as vivências estressantes e os sintomas relatados de cada uma separadamente, dentro de um contexto histórico de cada uma, a fim de se buscar compreender um pouco mais o quanto o estresse aparece bastante ligado à infertilidade.

#### 7.4.1 EVENTOS ESTRESSORES E SINTOMAS: COINCIDÊNCIAS OU POSSÍVEL CORRELAÇÃO?

Como já mencionado, o medo é o sinal do ego para uma defesa psíquica, isto é, o medo é uma reação a um perigo e, assim sendo, será reproduzido sempre que uma ameaça, seja esta provinda dos desejos inconscientes ou de um superego violento, se apresentar ao ego. Esta resposta afetiva é acionada em diversas situações, uma vez que aquilo que o ego teme pode se ligar ao perigo externo, tomando a forma deste. É o que Freud no início de sua teoria demarca como medo realístico. Portanto, diante uma ameaça externa e concreta, isto é, diante um evento estressor, o medo neurótico pode assumir características desta ameaça, de modo que o ego passa respondê-lo como se essa fosse interna, acionando, então, a defesa psíquica. O resultado de todo este processo é a formação de um sintoma neurótico e/ou somático.

O meio científico já reconhece que existe uma intrínseca relação, entre estresse e o corpo, haja vista que o estresse pode afetar e, conseqüentemente, alterar a fisiologia do organismo, desencadeando uma série de enfermidades. Embora não seja possível descrever a relação de causalidade das repercussões do estresse sobre o corpo, como também não é a pretensão desta pesquisa trabalhar com este tipo de raciocínio e metodologia, não se pode ignorar uma possível correlação entre estes fatores. Portanto, a pesquisa em questão não tem

como aspiração desenvolver um estudo de causa e efeito, até porque para a psicanálise a concepção de "subjetividade" não é um fator de causalidade, nem o sintoma deve ser pensado como algo a ser eliminado.

O que interessou para a atual discussão é somente verificar se as mulheres vivenciaram eventos estressantes e se houve surgimento de novos sintomas ou a exacerbação desses, já que isto sim pode contribuir para ampliar o diálogo entre medicina e psicologia/psicanálise, possibilitando, então, uma ampliação na visão do tratamento de infertilidade. Neste sentido, a análise realizada dos dados que aqui se segue não visou buscar demonstrar como conflitos inconscientes atuam sobre a infertilidade ou mesmo tentar buscar causa dos sintomas neuróticos ou somáticos.

Dito isso, a análise dos dados permitiu identificar, a partir da história de cada uma das mulheres que participaram da pesquisa, algumas vivências estressoras interessantes que pareceu apontar para um processo de somatização do corpo. A análise das entrevistas da Ana, por exemplo, evidenciou uma crise de desmaios que a mesma teve há três anos: “eu sentia uma pressão na nuca e depois desmaiava”. A etiologia destes desmaios não foi encontrada, mesmo após se realizar uma série de exames. Segundo o seu relato: “*Aí, eu fiz vários exames também, mas não deu nada. Aí falaram que era estresse... que era não sei o quê e tal. Mas a ressonância, eletro e tudo o que eu fiz, deu normal. Eu não tinha nada. Cheguei a tomar remédio controlado, tomei Rivotril e o outro não lembro qual que era. Esta crise de desmaios durou aproximadamente uns seis meses*”.

O que chama atenção para esta crise de desmaios e, conseqüentemente, o que tornou interessante trazê-la à discussão neste momento, diz a respeito ao que estava acontecendo na vida de Ana naquela época e sua relação com os sintomas que a mesma estava apresentando. Com certo receio ao tocar no assunto, a participante contou sobre o assédio que sofreu do seu patrão. Nesta época, ela trabalhava na casa de uma família, como babá de duas crianças.

*Eu ficava assim pensando por quê? Eu trabalhei por três anos na casa e assim... todo mundo desde a patroa, a mulher dele, quanto a sogra que morava com eles, eles sempre me tratavam como se fosse da família. E assim, ele se apresentava para mim como se ele fosse tipo meu pai, sempre perguntando as coisas, o que eu estudava. Eles sempre cuidavam de mim, porque assim, como eu era em termos nova, ele assim... Eu sempre me sentia colhida na família, sempre uma proteção deles. E assim, eu morei três anos na casa e nunca aconteceu nada. [...] E assim, gostava da minha patroa, muito. Eu não queria falar com ela, porque, assim, eu fiquei em um dilema, se eu falar com ela, ela não acreditar em mim, vai falar com ele, e ele vai... Vai... Aí, eu que vou ser a culpada. Ai assim, ela ficou com raiva de mim. Me ligava e falava: “Ah! você me abandonou na hora que eu mais precisava”. Porque ela não sabia o porquê eu havia pedido as contas, entendeu?*

Ressalta-se que Ana além de não denunciar para a patroa, também não falou deste acontecimento a ninguém por um tempo.

*Fiquei guardando aquilo. Achei que me fez muito mal. Eu não conseguia falar para ninguém e tudo. Até que... Eu chorava às vezes... E aí depois assim passou, eu me tranquilizava, mas sempre... De uma hora para outra aquilo voltava. Aí quando [pausa] eu criei coragem... Como diz meu marido: “é como se ele fosse meu psicólogo”, sempre conversando comigo, falando comigo: “olha eu te amo, eu gosto de você, sou ser amigo, você pode me contar as coisas que eu vou entender. Não vou brigar com você e tudo”. Aí eu criei coragem para contar para ele.*

Ao longo da entrevista, pôde-se inferir que esta dificuldade que a Ana apresentava ao falar com as pessoas o que sentia, na verdade, aponta para outro sintoma. De acordo com sua fala, havia uma resistência por parte dela em expor ao outros os seus sentimentos e seus pensamentos, talvez devido ao medo de perder o amor desse outro.

*Eu tinha medo de falar alguma coisa, e ele [marido] fosse achar ruim e terminar comigo. Então acho que meu medo maior fosse eu fazer alguma coisa que desse errado. [...] Eu guardava as coisas para mim. Se eu gostasse ou não, eu não falava. Eu até me lembro de que quando eu estava dando esta dor de cabeça, eu cheguei a ir ao psicólogo. Ai ela até falou “por que você tem medo de falar as coisas, de expor os seus sentimentos para as pessoas?”. Mas eu tinha medo delas brigarem comigo. De perder o amor delas.*

Ana, ao não entender o motivo do assédio, comentou sentir-se culpada e temor de que as pessoas a culpassem também:

*Eu acho que foi o que mais me afetou. E que eu custei a contar para alguém. Assim é complicado. Às vezes eu acho que as pessoas falam assim: “Ah! você... Ah! não entendendo se a pessoa que é molestada, assediada ou se é mesmo estuprada, por que não contam?... não sei o que”. A gente se sente assim tão, tão incapaz, tão... ou sente que a culpa é da gente, que não consegue, assim, falar. E como eu não me expunha e guardava tudo para mim, a única atitude que eu tive era de sair do serviço. [...] Na época eu era novinha... Hoje eu estou gordinha, mas na época eu era né? Tinha um corpinho... Tinha meus 21, 22 anos, né? Novinha e tudo... A culpa vai ser de quem? [...] Mas isto me fez... Isto me marcou muito minha vida. Marca até hoje, porque é uma coisa muito chata. Você não entende o por quê? Aí às vezes você pensa assim, será que [pausa] eu fiz alguma coisa para achar que poderia acontecer alguma coisa ou será não. Você fica assim sem saber. Você se sente culpada, ao mesmo tempo você acha que não. Você não entende o por quê?*

Como se pôde perceber, há um sentimento de temor que recaí sobre este assédio, seja este temor referente ao juízo de valor que os outros irão fazer dela, seja de um severo

superego que a pune, fazendo a sentir-se culpada. Como não era o intuito desta pesquisa aprofundar sobre vivência desse assédio e, conseqüentemente, os arranjos simbólicos e imaginários que permearam essa cena, não se teve como explicar o motivo do superego estar despertando o sentimento de culpa.

Todavia, não seria errado afirmar que esse assédio realmente marcou a vida da Ana, já que a ela mesma chegou a testificar que o seu próprio corpo denunciava aquilo que ela não conseguia dar conta de elaborar: *“A única coisa que me deixou... que me marcou muito, que me fez muito mal... assim na minha vida e tudo, foi esta situação. [...] Então eu acho que isto que me fazia mal, que eu ficava nervosa, ansiosa. Eu não me abria com as pessoas, eu ia guardando tudo para mim. Então chega uma hora que você não aguenta mais. Seu cérebro dá um... é aí que você passa mal”*.

Os fragmentos acima permitem percorrer o quanto mente e corpo se interagem, o quanto às repercussões afetivas podem repercutir sobre o corpo do indivíduo, sem a necessidade de estabelecer uma relação causal. Nos fragmentos apresentados, há uma aproximação em relação aos desmaios de Ana, com sua experiência estressante provinda do assédio, sem negligenciar a singularidade do sujeito, ao que diz respeito, principalmente, a sua dificuldade em falar sobre o que lhe afetava. Enquanto Ana ficou em silêncio quanto à sua vivência por um tempo, o corpo denunciava seu sofrimento.

Assim como Ana, também nas entrevistas realizadas com Sara os eventos estressantes vivenciados pelas participantes antes das tentativas para engravidar apareceram com bastante ênfase em seus relatos. Na verdade, Sara pontuou dois episódios, os quais foram apresentados a seguir. O primeiro a ser destacado remete a uma cena que a marcou relacionada à morte do filho do irmão. Segundo a mesma, o bebê morreu antes mesmo de sido concebido:

*Eu lembro... Não sei se isto me afetou em alguma coisa ou não. Eu lembro que quando meu irmão engravidou o neném dele nasceu morto. E eu ficava olhando da porta, assim, “tadinha”... Ela [cunhada] ajeitando o macacãozinho do neném. Têm uns 10 anos que isto aconteceu. Ele nasceu morto. Ela não, ela não sentiu o neném pular um dia, aí não falou nada. Ela dormiu... Aí no outro dia ela começou a perder sangue. Aí o neném estava morto. Foi só isto de diferente.*

Embora esta lembrança aponte para uma importante vivência, não foi possível, somente a partir das entrevistas realizadas, aprofundar sobre os efeitos desta sobre seu psiquismo, bem como para o significado dessa experiência. Contudo, por ser algo que ela



anunciou como um fato marcante na sua vida e por remete a algo sobre a maternidade, fez-se importante trazer para o leitor.

Além deste fato narrado, ela também mencionou outra vivência estressante que aconteceu no seu local de trabalho. A mesma contou que, na época em que começou a fazer o tratamento de infertilidade, ela se desentendeu com uma menina que trabalhava no mesmo salão de beleza. Esta situação lhe causou muito desconforto, de maneira que ela estava prestes a sair do seu emprego “*Foi quando eu comecei a fazer o tratamento. Aí eu falei não vou ficar aqui dentro não. Não vou porque se não eu mato esta menina aqui dentro. Do jeito que eu estou estressada...*”. Cabe ressaltar que, neste mesmo período ela começou a apresentar crise alérgica.

*Eu percebo que quando eu estou com meu emocional abalado, que eu não estou bem. Ataca minha alergia, eu tusso muito. O ano passado quando eu estava querendo sair, porque eu não estava dando bem como uma menina, eu falei: “eu vou embora, não vou ficar aqui, porque se não eu... eu morro aqui dentro”. Eu lembro que me dava muita, tosse, alergia. Fechava minha garganta... Mas acabou depois que ela foi embora, acabou eu nunca mais tive. Igual, eu te falei, eu estou tendo dores nas costas, que está me matando e estou me sentindo muito estressada.*

A partir destes dois relatos identificou-se a partir da própria fala dos sujeitos, o quanto uma vivência estressante que, na verdade, remete a um conflito do inconsciente, seguiu-se de um processo de somatização. Como já dito, não se pode ser ingênuo a ponto de negar uma possível relação entre um evento estressor e a somatização do corpo. Relação a qual foi percebida pelos próprios sujeitos da pesquisa; nos dois casos apresentados, ambas as participantes afirmaram perceber a relação de um fator estressor e sintomas somáticos.

Os próximos dois casos, discutidos a seguir, também permitiu verificar, por meio de falas dos sujeitos, mudanças em seus corpos quando estavam vivenciando eventos estressores. No entanto, eles não perceberam tal relação, como pode ser observar mais adiante.

Raquel, ao contar sobre sua vida, antes de iniciar as tentativas de engravidar, mencionou uma vivência estressante que passou, quando ainda morava em Petrópolis. De acordo com a sua narrativa, esta experiência acabou por levá-la a passar por um episódio de depressão, que a impeliu a fazer tratamento psiquiátrico ou psicológico durante um ano aproximadamente.

*Eu trabalhava numa, fazia faculdade à noite e trabalhava numa empresa de carro forte. [...] Assim, era bastante estressante porque era muita pressão, né? Lidar com dinheiro dos outros era meio complicado. Mas assim, na época entrei em*

*depressão, fiz tratamento também, mas tomei remédio, fiz tratamento, sarei. [...] Era cobrança, era muita responsabilidade. Não é que você não queria responsabilidade. Mas o serviço era muito estressante. Era uma coisa muito perigosa, né? Assim, na época estava tendo muito assalto. Muita pressão. Eu dormia pouco. Ia para a faculdade, chegava em casa, era o quê?.. Era meia noite. Aí acordava 04h20min todo o dia. Então dormia muito pouco. Aí vai juntando e tem uma hora, acho que a pessoal não aguenta, né? Durante sete anos, então [...]. Eu estava nesta época estudando também para a prova da OAB. Eu fiz de quatro ou cinco vezes para passar.*

A Rebeca, por sua vez, assim, como Sara, também trouxe uma situação de estresse vivenciada com uma colega de trabalho, que aconteceu na mesma época que havia iniciado o tratamento de infertilidade. A mesma comentou que assim que começou a trabalhar na loja, teve um desentendimento com uma funcionária:

*Tem uma menina aqui da loja que não gosta de mim, não. Aí ela pegou quando eu acabei de limpar a loja, tudo direitinho, ela pegou jogou um papel no chão. Aí ela falou: “Rebeca, cata este papel no chão para mim”. Aí eu falei: “não vou catar nada, não fui eu quem joguei”. Aí ela chamou o gerente. O gerente veio até a mim, aí eu falei que foi ela quem jogou o papel no chão para eu catar e que eu não iria catar papel que ela havia jogado no chão, não... Ela chegou a falar que gostava da minha cunhada que trabalhava na loja no meu lugar e de mim não. Mas o gerente gostando de mim e do meu serviço é o que importa, ela não... Não estou nem aí se gosta de mim ou não.*

Após este desentendimento e às ausências no trabalho para ir ao médico, ela passou a se preocupar bastante com a possibilidade de ser demitida: “Nossa aí meu Deus, eu ficava preocupada de ser mandada embora. Em relação de ir ao médico, ele vai me mandar embora, porque ele não gosta dessas coisas de ir ao médico. [...] Aí ele concordou, mas eu tenho que ir e voltar para trabalhar. Nisto ela [a outra funcionária] começou a fazer gracinha e jogar papel no chão para eu catar”.

Embora não apareça de forma tão nítida na entrevista, Rebeca chegou a comentar ter sentido “dores na barriga”, após o desentendimento com a funcionária, a pouco narrado. Segundo a participante, de vez em quando sente estas dores, porém não sabe o real motivo delas. Quando falava dessas dores, chegou a enunciar que já operou de hérnia, um tempo atrás.

*Igual quando eu estou passando mal, eu não falo tudo o que estou sentindo. Eu falo... que ... Igual quando estava com uma dor debaixo do umbigo... Pensei que era hérnia ou alguma coisa, antes de operar. Aí operei e tal. Aí nesta semana... Já tem um tempinho bom, eu senti uma dor na barriga, eu fiquei com a dor na barriga, entendeu? Eu penso que pode ser apendicite, entendeu? Aí perguntam: “o que você está, Rebeca?”. Aí eu falo: “é cólica”. Mas não é cólica. Doí é debaixo do umbigo.*

Cabe ressaltar que Rebeca, ao falar dos eventos estressantes em sua vida, citou a separação e a falta dos pais, como aquele que mais a marcou. Como já mencionado, os pais de Rebeca se separaram quando a mesma era criança. Como o pai se mudou, ela quase não o via. Já a mãe, apesar de morarem juntas quando pequena, não era uma pessoa presente. Rebeca queixa-se que a mãe: “não ligava” para ela. Segundo este relato, sua mãe: *“Só ficava na rua... ficava na rua. Ela chegava em casa.... quando ela chegava já era de manhã, quando eu estava indo para o colégio. Entendeu? Muito raro eu via minha mãe... muito raro. Ela ficava na rua por causa de namorado [risos]. Ela falava: ‘por que eu arrumei filho? Agora não dá para sair mais’”*.

Embora não se possa, mais uma vez, somente a partir desta pesquisa, entender o que representa a falta dos pais, bem como o evento da separação em si sobre o psiquismo da participante e o romance familiar, não se pode ignorar a sua importância. Assim, não se sabe se tais vivências maternas e paternas remetem a algum conteúdo ameaçador que acionaria a defesa psíquica e, conseqüentemente, à formação de sintomas.

Vale lembrar que medo realístico, decorrente ao evento estressor, pode se tratar de um medo neurótico, que sofreu alguma transformação. Portanto, aquilo que o ego teme, na verdade, diz de uma ameaça interna. Mas quais seriam as ameaças vivenciadas por cada uma das participantes, nos momentos de estresse relatados? Ou quais as causas desta defesa psíquica, responsáveis pelo ego acionar o recalque e levar à formação dos sintomas? No caso da Rebeca, por exemplo, o que representa a falta do pai e da mãe? Será que esta separação remete a uma vivência ameaçadora anterior? Ou para Sara, qual seria o significado da morte do sobrinho?

A tais questões não coube a presente pesquisa respondê-las, mesmo porque esta não teria condições e nem tal pretensão, a partir do desenho metodológico utilizado. Apesar do feste trabalho trazer a teoria psicanalítica para discussão, a metodologia adotada não seria capaz de realizar um estudo mais profundo dessas perguntas aludidas. É preciso trabalhar tais questões em análise, lugar privilegiado para se escutar o inconsciente e suas facetas. Lugar em que a queixa se transforma em uma demanda endereçada ao analista e o sintoma passa de estatuto de resposta ao estatuto de enigma, a fim de ser decifrado.

O que se pode afirmar, neste momento, é apenas que as duas vivências, tidas de exemplo, marcaram a vida dos sujeitos da pesquisa, como dito por elas próprias. Além disso, podem se observar também, a partir dos fragmentos apresentados, que os acontecimentos e as experiências que envolveram certo nível de estresse, vivenciados pelas participantes, foram

acompanhados por algum sintoma, seja este somático ou neurótico. Nesse sentido, que tais dados evidenciados lançam o estudo a questionar, também neste momento, o quanto os sintomas somáticos apresentados podem estar relacionados à vivência estressante dessas mulheres? Ou trata-se apenas de coincidências?

Cabe ressaltar que tais eventos estressores abordados aconteceram em um momento anterior ao tratamento de infertilidade. No entanto, os dados da entrevista também evidenciaram outros sintomas mais recentes, narrados pelos sujeitos, que também apareceram após uma vivência de estresse. O que nos leva a inferir a possível somatização do corpo.

Ana, por exemplo, contou que depois da descoberta do ovário policístico, percebeu um aumento do nível de sua ansiedade e da ingestão de comida. Relatou também sentir formigamentos na perna esquerda, alegando ser as varizes o motivo destes formigamentos. Além destes sinais ela também citou dores de cabeça, foliculite, problemas de estômago (que a leva dar feridas na língua) e tensão muscular, principalmente na área do pescoço.

Em relação à tensão muscular e as dores de cabeça, em particular, ela chegou a associá-las ao evento estressor: *“Ah! Não sei. Acho que é estresse do trabalho e tudo. Nestes últimos três meses eu tenho ficado um pouco ansiosa, por ter começado a fazer o tratamento de novo, aí você fica mais ansiosa. Eu trabalho também... nestes dias é período de férias, lá está bastante estressante. Aí mistura estresse com ansiedade... [risos]”*.

Em outro fragmento a mesma narra:

*Eu até me lembro de que quando eu estava dando esta dor de cabeça, eu cheguei a ir ao psicólogo. Ai ela até falou “por que você tem medo de falar as coisas, de expor os seus sentimentos para as pessoas?”. Mas eu tinha medo delas brigarem comigo. De perder o amor delas [...] Eu guardava tudo, seja do trabalho, da minha família... Em vez de falar, eu ficava quietinha. Aí depois ficava remoendo aquilo e isto faz muito mal.*

Já na entrevista de Rebeca encontramos um recente episódio em que demonstrou estar muito preocupada com a continuidade de seu tratamento e em decorrência desta preocupação chegou a passar mal: *“Pressão eu medi só uma vez, quando ela subiu na loja [lugar onde trabalha]. Eu senti muito calor, aí me levaram no bombeiro aqui perto. Aí mediram e viram que minha pressão subiu”*. A mesma continua:

*Eu havia ido à médica, aí ela falou que era a última cartela minha. Quem não podia fazer mais nada entendeu? Aí eu voltei para trabalhar. Eu nem ia voltar, não. Porque eu fiquei preocupada e pensei: “e agora se eu não puder continuar o que vou fazer?”. Quero continuar porque sem o remédio eu acho que não consigo*

*engravidar, não. Sem o remédio... Porque um dia eu fiquei sem tomar e fui ao médico, e não deu resultado nenhum, não havia ovulado. Aí eu fiquei pensando nisto: “e se ela [médica] parar com o tratamento?”. Aí minha pressão subiu. Fiquei nervosa na hora.*

Além deste episódio, a mesma também fala sobre outro, a qual disse ter sentido forte dor de cabeça, após uma briga com o marido.

*Aí fui para o médico. Colocaram-me no soro. Não sei se tinha brigado com meu marido? Tinha brigado. Não sei o que ele fez lá, que eu briguei com ele atoa. [...] eu comecei a falar de outro homem com ele. Porque meu ex-namorado vai ser pai, aí minha mãe falou: “oh Rebeca, seu ex-namorado vai ser pai”. Aí ele escutou. E nesta briga, eu peguei e joguei o nome dele, aí eu falei: “vamos à minha mãe comigo?”. Ele falou que não, aí eu falei: “poxa meu ex-namorado gostava de sair comigo e você não”. Aí a agente começou a brigar. E ele falou: “então arruma filho com seu ex-namorado, então”. [...] lá no HPS falaram que era enxaqueca.*

Na entrevista de Raquel, outros problemas de saúde sobressaíram em seu relato, dos quais alguns podem estar associados a uma doença somática, como a gastrite, por exemplo. Na primeira entrevista realizada, ela havia comentado sobre certo desconforto que estava sentindo: “*a minha vista está escurecendo. Aí me dá enjoou e me dá ânsia de vomito e minha barriga incha do lado direito. Eu fui até na doutora ontem, fiz a ultrassom hoje. Mas a médica falou que não deu nada.*”. Quando realizada a segunda entrevista, a participante já havia feito outro exame, agora de pélvica, devido à solicitação da médica. A partir deste exame, foi constatado que a participante apresenta problemas de gastrite.

A análise das entrevistas também evidenciou que Raquel desenvolveu melasma, tendinite, bursite e água no ombro. A mesma já operou de hemorroida, quando morava em Petrópolis. E ultimamente, tem percebido um tick no olho: “*meu olho fica piscando sem parar. A pálpebra? É só isto. Mas eu também não sei o motivo. Isto também dá de repente*”.

A mesma queixou-se de estar se esquecendo das coisas rotineiras, além de estar apresentando dores de cabeça e na nuca com frequência:

*Ah! Geralmente é muito frequente [refere-se às dores de cabeça e na nuca]. Eu vou até ao médico, no neurologista ontem. Aí ele falou que isto é cansaço. E também eu estou muito esquecida, pedi até para me passar um remédio. Outro dia fritei o frango, menina, tampei a panela. Tirei o frango e tampei a panela, né? E deixei a gordura no fogo lá. Quase pegou fogo na minha casa. A sorte que eu estava em casa. Eu estou muito esquecida. Eu não era assim.*

Em relação ao esquecimento, Raquel atribui a sua causa ao cansaço, assim como efeito colateral dos medicamentos que precisa tomar no tratamento de infertilidade.

*Acho que é o cansaço, né? Eu acho que vai juntando tudo e vai... Ah! eu acho que é até mesmo o fato de eu ficar estudando, né? Estudando bastante. E o dia a dia que vai te causando estresse, que te irrita. Acho que vem disto [...] Quando eu tomo o indus eu me sinto muito irritada. Outro dia eu fui passar o esmalte, mas nunca que dava certo. Aí eu tirei tudo. Pronto aí acabou [risos]. Foi me irritando. [...] Acho que é efeito colateral, porque a doutora falou que é por causa do efeito colateral do remédio. Até comentei com ela, a outra menina também falou está irritada, que até quase mata o marido. Eu não, eu fico irritada, mas é comigo. Eu fico calada.*

Na pesquisa realizada por Moreira, Melo, Tomaz e Azevedo (2006) os resultados obtidos mostraram que 78% das mulheres inférteis, ao vivenciar o estresse gerado pela circunstância da infertilidade, apresentaram sintomas de mal-estar, sensação de desgaste físico, cansaço, sensibilidade emotiva excessiva e irritabilidade. Além destes, o estudo também verificou, embora menos com menos frequência entre as participantes, o surgimento de doenças como hipertensão arterial, problemas dermatológicos prolongados, sintomas gástricos, bem como sintomas psicológicos como depressão, raiva, ansiedade, angústia, apatia e hipersensibilidade emotiva. Esses resultados mostram o quanto essas mulheres estão expostas ao estresse e, conseqüentemente, a possibilidade de desenvolver sintomas e doenças físicas e neuróticas agudas ou graves

Pôde se perceber, ao longo desta subcategoria, que a infertilidade não é o único evento estressor na vida do sujeito. E isso não é novidade. A questão que se precisa começar a levar em conta, considerando o que o presente trabalho discutiu a partir da teoria e da análise dos dados, é que a infertilidade ao ser vivenciado como um evento estressor, pode na verdade estar remetendo a ameaças internas, da qual o ego para se proteger produz o medo, que por sua vez aciona o recalque, no final deste processo temos a formação de sintoma, que é o que interessa a pesquisa. Contudo, a infertilidade não foi somente o único evento estressor encontrado.

Foi possível evidenciar que as quatro participantes, mesmo anterior à decisão de tentar engravidar, vivenciaram momentos de estresse que marcaram sua vida, sendo que todos eles foram acompanhados de sintomas neuróticos e/ou somáticos. Portanto, aqui vale questionar se a infertilidade sem causa aparente pode ser uma consequência deste processo? Embora se tenha a convicção de que não é possível desvendar este enigma pela via adotada na pesquisa, pois se teria que entrar numa discussão de causalidade, que na verdade não diz nada

quando estamos diante o inconsciente, isto não se faz uma justificativa para ignorar tal possibilidade.

Assim, ao se partir da premissa que os eventos estressores podem repercutir tanto no psiquismo ao desencadear doenças neuróticas, como no corpo, desencadeando as doenças somáticas, após toda esta discussão, talvez possa sim inferir que a infertilidade sem causa aparente seja um processo somático desencadeado pela defesa psíquica.

Nesta perspectiva, faz-se imprescindível, ao atender as pacientes com ISCA, prestar mais atenção nos sintomas tanto de ordem física e neuróticas. Apesar de se ter evidenciado nesta pesquisa mais sintoma somático em relação aos sintomas neuróticos não se pode negar ou ignorá-los quando se está diante dessas pacientes.

#### 7.4.2 “A QUESTÃO DE A GENTE QUERER TER UM FILHO E NÃO ESTARMOS CONSEGUINDO QUE AFETA UM POUQUINHO”

O tratamento de infertilidade leva o casal a se deparar com uma nova possibilidade de ter o tão sonhado filho. Por isto envolve uma gama de sentimentos, como esperança, alegria, dedicação, como também ansiedade e estresse, principalmente se o resultado tão almejado não é contemplado, isto é, a gravidez não acontece apesar de todo o investimento pessoal e tecnológico, empregado. Muitas vezes a esperança vira frustração e a dedicação, em estresse.

*Isto me afeta e estava afetando ele também. Mas por causa disto, da gente querer, eu querer, acho que eu ainda quero mais do que ele. Mas ele também quer. Assim, só é mais estressante, em tudo igual... O relacionamento e tudo. É só a questão de a gente querer ter um filho e não estarmos conseguindo que afeta um pouquinho.*

A literatura mostra, por meio das pesquisas realizadas sobre infertilidade (Moreira, 2004; Farinat, Rigoni & Muller 2006), que o estresse é um sentimento presente na vida da maioria das mulheres que passam pela dificuldade de engravidar. O tratamento, por sua vez, como não traz garantias de sucesso, passa também ser vivenciado como um evento estressor.

Na presente pesquisa, tal evidencia não foi diferente: “*você começa a fazer o tratamento hoje e amanhã você quer engravidar. Não aceito esperar mais um, três anos. Acho que isto, prejudica mais*” (Sara). Todas as quatro mulheres, então, além de ter afirmado

sentirem-se frustradas por não conseguirem engravidar, apresentaram o tratamento como sendo procedimentos estressores.

*Porque eu não estou aguentando mais ir, não. Porque é frustrante, não adianta. Vamos supor você chegar lá, aí enfiam um negócio em você e fica roda, roda, roda. “É, esta semana não dá, né?” aí você vê mais não... Não sei se você chegou a entrevistar, mas tem uma moça que está lá mais de dez anos. “não, não quero passar por isto não gente, mais de dez anos tentando”. A mulher está até lá deprimida. Falei: “filho não é para isto, não” (Sara).*

Em duas entrevistas apareceu a denuncia sobre o quanto a relação com o marido acaba por ficar prejudicada devido ao alto nível de estresse, vivenciado pelo e no tratamento. Na entrevista de Sara tal situação se faz bem nítida: *“Isto até acaba com o casamento, né? você fica infeliz, infeliz... Acho que... Filho foi feito assim, por uma necessidade ou uma coisa boa, mas não é para acabar com a pessoa, não (Sara)”*.

*Com certeza, no principio [do tratamento] eu ficava muito ansiosa. Meu marido até ficava preocupado comigo, porque eu ficava muito ansiosa, ficava com dor de cabeça, estressada, qualquer coisinha era motivo para... Ele coitado até sofreu muito comigo, porque eu ficava muito nervosa, ansiosa. Aí eu descontava nele [risos]. Então... Ele é muito paciente, companheiro... aí eu soltava os cachorros para cima dele, aí ele falava comigo, quando eu estava mais calma que eu tinha que ver o que eu estava fazendo, porque eu ficava muito estressada, agitada e tudo e acaba descontando nele. Isto podia prejudicar nosso casamento e tudo (Ana).*

Não foi só o relacionamento ao que diz respeito ao companheirismo e ao afeto, que sofreu influência devido ao tratamento de infertilidade, mas também o próprio relacionamento sexual, uma vez que este se faz primordial para que a mulher consiga engravidar.

*De programar, ter que fazer... É complicado né? Tem dia que você não quer fazer, né? Até mesmo porque a gente está cansado, aí tem que fazer, né? Não adianta. E quando não dá para fazer, você fica naquela: “Ah! não deu para fazer, perdi a oportunidade”. É muito estressante. [...] Porque tem dia que é muito estressante. Por exemplo, meu marido trabalha, eu trabalho. Tem dia que chega tarde em casa, aí você vai pensar em fazer alguma coisa, você quer dormir, né? E o que acontece... Não se sei as meninas, mas o remédio... Gente me estressava. Tinha dia que dava vontade de matar meu marido. De tão estressante. A gente briga com o dito cujo e amanhã é dia de fazer sexo. Não é assim, né? Meu marido brincava, não sou boi, não [risos]... Reprodutor. Não estou a fim não. E eu também não, mas tem que fazer, anda. Eu acho que é pior. Eu já ouvi falar que tem muita gente que terminou o casamento por causa disto, né? Porque a mulher fica muito estressada (Sara).*

Sara, neste momento da entrevista, chegou até pontuar alguns sintomas que estava sentindo durante o tempo que fez tratamento:



*Tinha coisa que eu fazia que não era normal. Eu pegava faca, tinha vontade de matar... Jogava as coisas no chão. E o suador que dava? Nossa mexia muito com meu psicológico. Me dava uma onda de calor.. Uma crise suando... Suava, suava, dava tonteira [...] você fica muito nervosa, qualquer coisa te incomoda... Te irrita. Igual eu falei cheguei ao ponto de pegar faca, bater porta, bater, ir embora, coisas assim. [...] Fora o enjoou, não comia direito, mau humor e hipoglicemia e dores nas costas. Mexe muito com a gente, não é bom. E pico de hipoglicemia.*

Sara, embora acreditasse que essa alteração tanto de humor, como as ao medicamento estavam relacionadas ao estresse, ela também não descartou a possibilidade de ser efeito dos remédios que tomava para o tratamento de infertilidade. Segundo ela: “*Você vê que não é normal. O remédio me deixava mais irritada, porque era muito hormônio*”.

Nas outras entrevistas, como a de Raquel e Ana, há também queixas a respeito dos efeitos colaterais dos medicamentos usados para o tratamento. Raquel, outro exemplo, associou sua alteração do humor, irritabilidade e estresse a reações do *indux*:

*Mas depois que eu tomei o indux, que eu vi que ele estava me deixando muito mal humorada. Estava ficando irritada muito facilmente. Mas aí a Dra. F. disse que umas das reações do remédio. Ah! Me dava frio, me dava calor... Eu estava ficando muito estressada [...] Mas aí a Dra. F. disse que umas das reações do remédio. Ah! me dava frio, me dava calor... Eu estava ficando muito estressada.*

Já Ana relatou que assim que começou a tomar o *indux* teve pico de hipertensão: “*Aí eu achei que fosse por causa do remédio. Porque este indux eu nunca tinha tomado. E eu nunca tive problema de pressão e ela subiu. Aí, eu cheguei até ter um desmaio e tudo Quando eu comecei a tomar o indux eu tive um pico hipertensivo*”.

Considera-se que os efeitos colaterais produzidos pelos medicamentos utilizados no tratamento de infertilidade devem ser tomados na clínica com muita prudência e pertinência. Tal dado evidenciado na pesquisa se fez importante, já que afeta o sujeito a nível físico, como também social, conjugal e psíquico. Não se pode simplesmente escutar tais queixas e se esconder por trás da justificativa que é normal sentir tais desconfortos, muitos dos quais já são evidenciados na própria bula do medicamento. Portanto, mais uma vez, cabe destacar que ao atender um sujeito é preciso tomá-lo com um ser que não se resume a um corpo físico que pode ser manipulado, ao contrário é um ser que possui uma identidade, história de vida e subjetividade.

Portanto, a infertilidade leva sim a vivências estressantes, o que acaba por afetar as mulheres seja no âmbito social, particular e conjugal, a ponto de levar uma separação, por

exemplo, ou a desistência de tratamento, como foi o caso de Sara. Outro dado que se pôde concluir é o quanto a medicação também influencia no estado de humor e no nível de estresse nas mulheres. O que pode também poder estar prejudicando a sua relação conjugal e até social.

#### 7.4.3 UMA COISA QUE TENHO MEDO...

Considerando que o objeto de estudo desta pesquisa está relacionado com o medo das participantes, tornou-se fundamental criar uma subcategoria onde se pudesse explorar um pouco mais sobre esses medos, a fim de possibilitar maior compreensão deste estudo, bem como de cada caso apresentado. Cabe salientar que, o medo a ser discutido nesta subcategoria, diz de um medo realístico, ou seja, o medo, cujo perigo é conhecido e pode ser nominado, como o “medo de não ter filho” ou o “medo de perder o marido”.

O medo neurótico, justamente por ter sofrido o recalque, é o medo por uma ameaça desconhecida, sendo assim, os seus conteúdos permanecem inconscientes. Nos casos em que tais conteúdos conseguem avançar para o nível consciência, eles só conseguem seguir caminho sob a forma de uma distorção. Neste sentido, não seria possível a partir dessas entrevistas se ter acesso às reais ameaças internas.

Embora Freud (1926/1996g, p.161) tenha anunciado que “a análise revela que o perigo real conhecido se acha ligado a um perigo instintual desconhecido” e, neste sentido, o medo neurótico pode transforma-se em medo realístico, de maneira que aquilo que o ego teme transforma-se em perigo externo, é importante deixar claro para o leitor a pretensão do estudo, sem distorcer a teoria. Sendo assim, a presente pesquisa não desconsidera que os medos levantados pelas próprias participantes, possam, não somente de tratar de uma ameaça real e concreta, mas também estar associados às ameaças internas, que ao terem seus conteúdos distorcidos puderam tornar-se conscientes. Todavia, se reconhece que acessar estes conteúdos internos só seria possível por meio de um processo analítico, o que impossibilita esta pesquisa avançar neste sentido.

Tal limite de acesso às reais ameaças internas que assolam cada uma das participantes, não descaracteriza a importância de apresentar as ameaças concretas, uma vez que estas também apontam para uma ameaça interna e, conseqüentemente, para o medo e

estresse. Nesta perspectiva, observou-se, a partir da análise dos dados abaixo, que muito dos medos que as participantes relataram sentir estão relacionados ao momento que estão vivenciando, ao que diz respeito à infertilidade, bem como retratam a história singular de cada uma. Assim, alguns dos medos, evidenciados durante as entrevistas, estão diretamente relacionados ou com a maternidade, ou com dificuldade de engravidar: *“Ah! Tenho medo de não engravidar. Como eu te falei minha vida toda gira em torno de gravidez”* (Sara).

Nas falas da Ana, o medo aparece de forma bem bastante singular, ao mesmo tempo, intrigante em relação à sua posição enquanto mãe: *“Uma coisa que eu sempre tive medo e que eu sempre gostei, era pegar criança no colo. Eu sempre pegava, segurava e quando eu ia entregar a criança para a mãe, eu ficava com aquela coisa assim: ‘gente eu podia ter deixado aquela criança cair. Já pensou se eu tivesse a deixado cair... Eu vou deixa-lo cair, eu vou deixar, eu vou deixar. Eu ficava com muito medo”*.

Este medo anunciado por Ana parece num primeiro instante bem intrigante, pois o que poderia fazê-la pensar em deixar a criança cair? Aqui, poderia se pensar até mesmo em um desejo recalcado, que pudesse estar se manifestando por meio deste temor. Entretanto, não se pode ignorar que o fragmento, exposto acima, também traz uma aproximação com outras de suas falas, onde ela destaca que tinha muitos pensamentos pessimistas em relação à sua capacidade de fazer as coisas, na crença de que tudo o que fazia, poderia não dar errado. Como se pode observar na própria continuidade desse fragmento:

*Eu até nem pegava mais por achar aquilo. E às vezes em estar trabalhando... Sei lá que podia acontecer alguma coisa, dar errado o trabalho... De eu fazer alguma coisa errada e ser mandada embora. Eu ficava... Sempre fui muito de fazer as coisas erradas. Eu achava que não era capaz de fazer as coisas, de aprender, de ser capaz. [...] Eu tinha medo de eu fazer alguma coisa errada. Até nos meus relacionamentos, antes de casar... Eu... Meu marido até brincava comigo que eu não conversava. Eu tinha medo de falar alguma coisa, e ele fosse achar ruim e terminar comigo. Então acho que meu medo maior fosse eu fazer alguma coisa que desse errado.*

Neste momento vale questionar se tal pensamento também poderia estar relacionado à sua capacidade de ser mãe. Como ela colocou: *“tenho medo de não de ser boa mãe”*. Há de se pontuar que o medo de ser uma mãe superprotetora e, neste sentido, de não ser uma boa mãe ou acabar com seu casamento, é algo se faz presente: *“Tenho medo de eu querer realmente ficar só com o neném e esquecer dele [do marido] e do filho dele. Ai a gente está conversando muito sobre isto. Já falei com ele que se eu começar a deixar as outras coisas de*

*lado e me concentrar só no neném, é para ele me falar, para gente conversar e me levar para o psicólogo, porque eu não quero ser assim”.*

Pode-se se afirmar, após esse relato, que há sim um medo vivenciado por Ana em relação à maternidade. Depois de anos tentando engravidar, finalmente ela consegue o que tanto aspirava: ter um filho. Sua condição de querer ficar mais próxima ao bebê, tentando suprir todas as necessidades desse e desfrutar de cada momento tão sonhado; Ser tudo para aquela criatura tão indefesa e pequena, de forma a se dedicar por inteira a ela, seria uma atitude compreensível, após a espera incerta de enfim ter estes momentos.

Contudo, “ser uma mãe superprotetora” pode na realidade ser um risco para o seu casamento, como também pode representar uma relação simbiótica, que a faria não ser “uma boa mãe”, isto é, uma mãe perfeita para seu filho e para os outros. Aqui, realmente há um dilema vivenciado por Ana, a qual ela vem antecipando. Seus sentimentos e vontades podem entrar em conflito com a atitude correta que deve ser adotada, na busca de evitar que seu temor não se torne sua realidade. Seguindo este raciocínio não só há um medo presente neste relato, como também um conflito, o que pode vir a desencadear uma experiência estressante.

O conceito de conflito psíquico, é introduzido na obra Freudiana em estreita relação com o processo de defesa. Portanto, é uma terminologia utilizada para representar a luta do ego contra uma ameaça interna e desconhecida. Aqui, o conflito psíquico pode ser entendido como a expressão de uma defesa intrasubjetiva contra representações inconciliáveis.

No *Vocabulário de Psicanálise*, Laplanche e Pontalis (1986), ao descrever, o conflito psíquico, assinala: “A psicanálise considera o conflito como constitutivo do ser humano, e isto em diversas perspectivas: conflito entre o desejo e a defesa, conflito entre os diferentes sistemas ou instâncias, conflitos entre as pulsões, e por fim o conflito edípiano, onde não apenas se defrontam desejos contrários, mas onde estes enfrentam a interdição” (Laplanche e Pontalis, 1986, p. 131).

O conflito psíquico, então, ao ser entendido como a expressão de uma defesa intrasubjetiva contra representações inconciliáveis, se aproxima da discussão anterior, onde o filho da Ana ao ocupar seu objeto de desejo, lhe despenderá toda atenção e cuidados a ponto de poder relegar outros objetos de amor, incluindo o marido. Assim, ela ao eleger a posição de mãe como a única possível acaba por anular a posição de mulher, de esposa, entre outras, que ocupava e que se faz necessário continuar ocupando. Como salientado por Miller, “Para ser mãe, não deixo de ser mulher” (1998, p. 8).

O desejo de Ana, então, ao despertar a crítica do superego, faz com que este a condene, visto que está em busca de um ego ideal, que no seu caso seria “ser uma boa mãe”. O conflito psíquico emerge e o ego é obrigado a se posicionar para se defender dessa ameaça. As consequências dessa defesa é, muitas vezes, a formação de sintomas.

Rebeca, por sua vez, ao falar sobre vivências que tenham marcado sua infância, discorreu sobre medo que tem de ter filho, mas não ter condições para cuidar. Nessa fala pôde-se observar um medo de uma repetição: aquilo que ela teme é repetir a história de sua mãe, a qual aponta para o seu romance familiar. Ela teme não apenas a falta de condições financeiras, mas também de identificar-se com ela, enquanto mãe e, conseqüentemente, ser e fazer com seu filho o que a sua mãe foi e fez para ela.

*Ah! tem hora sabe? Que eu acho que não. Que eu vou ser uma boa mãe. Mas tem hora eu tenho medo de ser igual minha mãe. Eu vou fazer o possível para não ser igual a minha mãe, né? Mas tem hora que eu fico com medo de ser igual minha mãe. Como dizem filho de peixe, peixinho é, né? [...] Engraçado, por mais que pareça depois que a gente arruma filho, as mães querem sair para balada. [...] Igual eu estava te falando meu medo também é de colocar criança no mundo e não ter condição. Entendeu? Você não tem... Nunca sabe se vai ficar casada para sempre e tal. Nunca sabe como vai ficar a nossa vida daqui para sempre. Meu medo também é por isto. Minha mãe também fez filho, fez filho, cada um está para um lado, entendeu? Uns estão bem de vida, outros não estão. Por isto, colocar criança no mundo e passar necessidade depois.*

Este fragmento, assim como tantos outros, não pode ter sua análise deslocada e isolada, sem levar em consideração o restante da entrevista. Ao contrário, quando se aproxima tal fala da história de vida desse sujeito perceber-se que aquilo que ela teme é muito mais uma identificação com necessidade provinda de um abandono, do que a necessidade por conta da falta de condição financeira propriamente. Durante a entrevista, Rebeca revelou um sentimento de abandono por parte da mãe, como do pai, mesmo sem se dar conta.

*É... Porque assim, vai que separa. Entendeu? Aí eu marido quer levar a criança. Aí começa a fazer, por exemplo, a falar mal de mim para esta criança. Entendeu? Ela querer a ficar com ele e não querer a ficar comigo entendeu? [...] Meu pai falava muito mal da minha mãe. Minha mãe deixava a gente para poder ir para baladinha. Aí... Por isto aí... Eu queria até ficar com meu pai algum tempo.*

Ao longo da história da Rebeca, o abandono se fez algo presente, a começar com a separação dos pais. Daí a saída da sua mãe para namorar, enquanto ela e os irmãos ficavam em casa sozinhos, a sua atual privação de ir à casa do pai, em função de ciúmes da parceira

deste; o assassinato recente de um irmão. E não se pode deixar de citar a sua própria saída de casa, quando conheceu o marido.

*Quando conheci meu marido, aí eu fui morar com ele. Saí da casa minha mãe. Eu saí da casa da minha mãe só com a roupa do corpo. Entendeu? Porque ela não deixou eu pegar nada. [mãe fala] “Se você for sair daqui, você vai embora, vai embora sem nada. Não vai pegar nada aqui”. Aí tudo o que eu tinha moveis, televisão, eu deixei tudo para ela, aí as coisas assim que eu comprei, eu comprei tudo lá em Santa Cruz, tudo móveis usados. Entendeu?*

Tal relato apresenta como foi à saída de Rebeca da casa em que morava com a mãe. Mas sua saída não demarcou uma real separação sua com sua mãe. Em outras palavras, a sua saída não remeteu ao fim de uma aproximação, talvez se possa pensar justamente o contrário. Embora ela tenha ido morar com o marido, ela se vê diante a sua necessidade de ir ao encontro de sua mãe, de poder cuidar de quem ela tanto ama e demanda amor.

No fragmento abaixo, além de mostrar sua ligação com a sua mãe, há um dado interessante, pois, novamente apareceu o medo do abandono e a demanda por filhos.

*Ah! Sei lá tenho medo de ficar velha sozinha. Eu cuido dela [mãe] agora e quando eu ficar velha, ela cuida de mim. Igual eu quero ter dois filhos, ter o nosso e adotar o outro. Igual a minha mãe teve gêmeos, aí a médica falou que se eu tiver eu tenho possibilidade de ter gêmeos... a minha mãe teve e minha tia teve também. Eu quero ter dois para um fazer companhia para o outro. [...] Passo a dificuldade que for, mas não abandono, não. Minha mãe não abandonou, não.*

Neste momento, vale destacar que, na verdade, a procriação depende de processos inconscientes que tecem a trajetória dos sujeitos, particularmente, ao que diz respeito à sua história familiar do sujeito. Os motivos narcisistas que levam as mulheres a desejarem um filho são construídos através de vivências experimentadas na infância com figuras significativas e com os modelos de identificação apreendidos ao longo da vida (Ribeiro, 2004). E na história de Rebeca o desejo do filho parece estar ligado a algum conflito Édipo e a sua relação com a mãe, uma relação marcada pelo abandono. O filho parece ser aquele que viria ser uma oportunidade de reparação desse conflito.

Na análise de Rebeca, então, se há algo em relação à sua história e seus traços identificatórios, que apontam para o medo do abandono. Na frase seguinte, onde ela expôs sobre o que sente quanto ao fato da impossibilidade de ter um filho, ou talvez seja melhor dizer, quanto ao fato de não poder dar um filho ao seu marido, há um medo novamente de um abandono, agora do marido.

*Um dia eu falei com ele: “Ah! se a gente não ter filhos e você quiser ficar com outra pessoa que te dê filho, não tem problema, não. Pode falar comigo”. Vou sofrer, mas vou ficar na boa. Porque ele quer este filho e eu não posso dar este filho que ele quer. E ele gosta muito desta criança, entendeu? Sempre que ele vai na casa da minha mãe ele fica rodeado de criança. Compra bala, biscoito... Igual minha priminha lá ele compra uma porção de coisa, roupa, bala, brinquedo. Aí eu tenho medo por isto: de não conseguir ter filho. Aí ele falou assim comigo “Rebeca, se a gente não conseguir ter filho, a gente adota”. [...] Se eu não conseguir ter, eu vou adotar. Porque ficar sem filho, eu não fico não.*

Essa busca pelo filho custe o que custar vem com o intuito de reparar um conflito, mas também de satisfazer os desejos narcísicos dos pais, de um outro que é significativo e do próprio sujeito. Nos relatos de Rebeca sobre o desejo de ter um filho, está sempre acompanhado de um desejo do outros. A partir deste trabalho, pôde se perceber que os quanto o marido e outros familiares mais próximos influenciaram na sua tomada de decisão de ter um filho, neste momento da sua vida. Como ela mesma colocou, quando questionada se sente medo do seu casamento não dar certo pela falta do filho:

*Daqui mais para frente eu acho que sim. Eu tenho 21 anos, ele tem 30. Aí vai indo, ele tem medo dele ficar velho e não poder fazer filho... de não ter como ele ter filho mais. E ele gosta muito desta criança, entendeu? [...] Aí eu tenho medo por isto: de não conseguir ter filho. Aí ele falou assim comigo “Rebeca, se a gente não conseguir ter filho, a gente adota”. Só que a mãe dele fala que não é a mesma coisa. Mas como ele falou, ele vai amar o filho como se fosse dele, entendeu? [...] Mas nesta parte não me abalei, não. Se eu não conseguir ter, eu vou adotar. Porque ficar sem filho, eu não fico não.*

Nesta última fala de Rebeca, onde ela disse: “Porque ficar sem filho, eu não fico”, demarca uma escolha que ela acredita ter que tomar para não ser abandonada pelo marido. Em suas fantasias, a possibilidade de não ter filho representa uma ameaça, assinalando, então, um possível término de seu casamento. O que remeteu mais uma vez para o sentimento de abandono.

Na entrevista de Raquel, diferentemente das outras duas anteriores, o medo apareceu ligado a objetos específicos, como medo de dirigir ou de ficar em lugares apertados. Outro ponto que demarcou diferença é que, enquanto a possibilidade de não ter filho é vista como uma ameaça nas entrevistas já apresentadas, para Raquel tal possibilidade aparentemente não representa um perigo: “Não, este medo não. Eu penso que se é para ser vai ser. Bom ... mas assim eu não tenho medo, não. Vou continuar minha vida normal. Só que aí eu vou falar né? quando me perguntarem: ‘e o neném?’ [ela então responderá] não tem neném e pronto’.

*[...]mas no inicio, mas eu não sou muito de me abalar não. No inicio a pessoa fica um pouco chateada, mas depois... Passa. O que tem que ser vai ser , né?. Não adianta”.*

Ao se tentar entender a posição de Raquel diante impossibilidade de ter um filho, em um primeiro instante, pode-se pensar que esta posição: “*Vou continuar minha vida normal*” ou “*eu não sou muito de me abalar, não*” pode remeter a uma máscara quanto ao seu real desejo. Assim, o objeto de desejo não é o filho, mas outro objeto. Todavia, não se pode ignorar também que tal posição poderia estar relacionada a um processo de defesa. Enquanto a infertilidade não significar uma ameaça, ela não despertará medo.

Neste momento vale destacar que, aquela ameaça que fez com que afeto de medo desencadeasse o processo de defesa, pode se manifestar não só como uma ameaça relacionada à maternidade ou a impossibilidade de ter filho. Como já discutido acima, esta ameaça desconhecida e inconsciente sofre distorções ao passar para o nível da consciência, podendo se ligar a qualquer objeto. Assim, o sujeito pode passa a sentir-se ameaçado diante de barata, ou na direção de um volante, ou mesmo em situações que o levem a ficar em lugares apertados. Portanto, há uma defesa proveniente do eu, que busca negar, deslocar, fazer desaparecer a real ameaça.

Neste sentido, ao partir das premissas abordadas no pressuposto teórico adotado nesta pesquisa, pôde-se inferir que se houve uma necessidade do aparelho psíquico se defender de uma ameaça interna, o medo teria sido eliciado, justamente com a finalidade de desencadear o recalque - a defesa psíquica.

Há outras partes de sua entrevista em que esta defesa também aparece. Uma delas vem a partir da definição de Raquel sobre o ser mãe. A mesma associa a maternidade enquanto uma “realização pessoal”. Mas quando questionada se ela se sentiria realizada se fosse mãe, mesma responde:

*Assim, acho que... Acho que na... [parece que a participante iria dizer não]. Depende, se eu não puder ter filho, eu acho que... Lógico muda uma coisa mas não muda tudo né? Se não puder, não pode. Então, pessoalmente não... pode até ser mas não seria tudo, a pessoa sempre quer mais alguma coisa. Eu acho que... Se não tiver filho, bom para mim, né?. Não sei para meu esposo. Acho que ele quer ter mais filho do que eu. Acho que para ele seria pior não ter filhos. Mas para mim, não mudaria muita coisa.*

Aqui, percebe-se que, ao mesmo tempo, em que ela afirma que ser mãe significa uma realização pessoal, ela acaba por se contradizer logo em seguida, quando se vê impossibilitada de ser realizada pessoalmente, por não conseguir ter filho. É como se tivesse uma equação em que a impossibilidade de ter filho seria igual a não realização pessoal. Ela, então, se depara



com o real. Ao tentar dar-lhe um sentido, naquele momento, ela acaba por se contradizer, se colocando numa posição de conformação com tal impossibilidade. Todavia, se realmente para ela a realização pessoal pode se desprender do ser mãe e de não ter filho, não cabe ao propósito desta pesquisa tentar desvendar este enigma.

No relato a seguir, parece que a defesa atuou novamente, já que ao mesmo tempo em que disse não *“ficar se mantando”* para conseguir um filho, logo em seguida comenta que poderiam dá um a ela: *“Eu nunca fui ansiosa. Nunca me preocupei. Assim, lógico... eu quero ter um filho, mas se não conseguir, eu não vou ficar me mantando. Não vou ser a primeira e nem a última. Outro dia eu vi uma moça aqui de Juiz de Fora e ela está esperando quatro. Ela com quatro, podia me dar um né?”*.

Ao que parece nas falas das quatro participantes os seus medos apareceram muito ligado ao processo de defesa do organismo seja para se proteger de uma possível não realização pessoal, de um superego violento, ou para proteger o ego de uma vivência de abandono, que na fase adulta pode se encarnar na figura de um marido, da mãe e até de um filho que ainda em fora gerado. Portanto, há algo do medo dessas mulheres que merecem mais atenção por parte dos profissionais. É importante escutar o medo para além do seu caráter realístico e, assim, tentar entender o quanto ele pode estar relacionado com infertilidade e, conseqüentemente, com a maternidade, além do fato de estar gerando um sofrimento para o sujeito.

Como pôde se concluir ao final de toda esta categoria, a infertilidade realmente remete a um evento estressor na vida do sujeito, fazendo-o reviver aquilo que mais tem temor. A infertilidade faz o sujeito a se haver, então, com medos, fantasias e desejos que permeiam seus arranjos simbólicos e imaginários, levando-o a um conflito psíquico e sofrimento. Diante destes conflitos o ego de defende e, como consequência, se tem a formação de sintomas somáticos e neuróticos, como inferidos pela pesquisa.

## **7.5 A chaga da maternidade**

A maternidade, para além de uma função biológica, se inscreve num sistema de códigos articulados e estruturado ideologicamente, bem como no inconsciente das mulheres.

Por isso, que historicamente, a maternidade é apreendida, por muitas, como o ideal maior de uma mulher, único caminho para alcançar a plenitude.

Assim, a análise realizada por este trabalho apontou que para três das mulheres entrevistadas o seu principal objetivo na vida é a sua realização enquanto mãe. Isto ficou bastante nítido nas entrevistas, posto que as participantes remeteram a maternidade enquanto à realização de um sonho, embora cada uma tivesse projetado na sua entrevista seus ideais narcísicos e identificações sobre o que vem a ser maternidade.

Como se pôde ver nos relatos de Rebeca, ela foi uma das participantes que enfatizou a maternidade à realização de um sonho: *“A maternidade?... Realização do meu sonho... [Silêncio]... É como eu falei, sabe? Realiza seu desejo. Você está grávida mesmo, sabe? Ah! Sei lá... Sei lá... Eu acho que não tem explicação. Acho que engravidar é tudo para mim. [pausa] Eu acho que agora é só ser mãe [risos]. Pelo menos agora é”*.

A Maternidade, aqui, pareceu estar mais relacionada à posição de estar grávida e de ter um bebê. Como Freud coloca, o bebê é um substituto fálico da mãe. E no fragmento que se segue foi possível perceber com mais nitidez a ilusória posição que Rebeca colocou a função de mãe: um sujeito onipotente e a posição de objeto fálico que a criança ocupa no desejo da mesma: *“Um filho representa tudo... Dar muito carinho sabe? Não deixar faltar nada... Tudo o que tiver ao meu alcance aí eu iria fazer. [...] Acho que ficaria muito feliz... Sair com seu bebê no colo. Saber que ele é saudável, que ele não tem nada. Tem mãe que ganha neném e fica na incubadora, né? Eu acho que sair com a criança no seu colo, nossa aí é felicidade completa”*.

Vê-se que a maternidade de Rebeca remeteu sim a realização de um sonho, sonho o qual ela seria àquela a dar tudo para o outro, ser aquela que tem o falo e não é mais uma mulher castrada. É o momento em que a mulher “poder ser tudo para o outro”; ela se sente completa. Como ela mesma enunciou: *“Porque assim, uma criança te completa, entendeu? Assim... Eu fico triste... Aí, chega uma criança alegria, chega gritando, brincando, esparrama brinquedo no chão... Ah! sei lá uma criança alegre uma casa, um ambiente sabe?”*.

Raquel também trouxe a maternidade enquanto uma realização pessoal, uma realização que em seu discurso apareceu ligada ao ser mãe e ao ter um filho. Segundo a mesma: *“Ser mãe? Bom, eu nem saberia te responde, porque assim, eu nunca fui. Mas para mim seria a melhor coisa do mundo, né? Quando a pessoa quer ter um filho. Acho que seria isto. Uma realização pessoal da pessoa, você conseguir ter um filho, né? Não sei te responder direito... [risos]”*.

Cabe neste momento salientar novamente que quando Raquel se viu em seu discurso diante da impossibilidade, ela pareceu tenta dar outro sentido à sua realização pessoal, pois em seu caso a infertilidade apontou uma falta, a qual a impossibilitaria de realizar-se.

*Mas assim se eu conseguir seria uma realização pessoal. Se eu conseguir engravidar. Mas se eu não conseguir, eu... Tem gente que fica triste o resto da vida. Eu não, eu acho que a pessoa tem aceitar o que Deus quer para ela, né? Se não quer, não... se não pode, não pode, né? Eu penso desta forma. Você não pode ficar triste por resto da vida porque não teve um filho. Tem gente que fica. Eu acho que não ficaria. Ficaria chateada um pouco, isso é lógico. Mas não a ponto de ficar o resto da vida, né?*

Portanto, ela se vê “obrigada” a reconhece que a maternidade não pode ser o único elo que ela teria em busca de sua feminilidade. Há outros objetos que pode ocupar este lugar de falta e que remeteria à sua feminidade, como por exemplo, o seu estudo e o desejo por passar no concurso. A mulher, então, descobre outras realizações possíveis para si, que não só a maternidade. Isto permite que o caminho para novos destinos pulsionais e novos objetos sejam investidos pelo sujeito (Sigal, 2003).

Assim, quando questionada sobre “o que seria realização pessoal?”, a mesma respondeu: “*No caso se eu conseguir ter um filho, passar no concurso que eu quero [pausa]. Ter uma vida boa... uma vida boa que eu digo assim, se dar bem como todo mundo, entendeu? Ter amigo, ser família. É isto*”. Tal fala indicou o quanto à realização pessoal está voltado para o filho, mas também para os outros objetos que ela elege para realizar-se.

Ao analisar os outros discursos, foi possíveis evidenciar uma representação da maternidade relacionada à família em duas entrevistas.

*O filho... A maternidade... Ah! Não sei. Acho que a família é né? Porque eu acho que a família está completa ela tem se multiplicar, né? Crescer e multiplicai-vos, àquela parte na bíblia. E eu acho que a família, só o homem e a mulher... é família, mas quando você tem o filho é A família, entendeu? Que nem meu marido tem o sobrenome Gonsalves, aí a família Gonsalves é constituída pela Sara, pelo Flavio, Helena, Pedro. Aí é este conjunto todo. Imagina: “quem é da sua família? Ah! Sou eu e meu marido”. Estranho né? Não é família, é um casal (Sara).*

*Ah! Maternidade para mim, pelo que eu tenho com a minha mãe. Ah! Eu sei lá é ter um amor, uma... É uma vontade de cuidar de alguém. É ter alguém para você cuidar. É família, né? Para eu ser mãe, igual assim eu sou casada com meu marido, mas, a gente é não uma família só nós dois. Mas eu acho que ainda não está completa. Para mim, o ser mãe eu acho que é ter uma família, entendeu? Eu e meu marido... Eu não acho que é uma família. Para mim eu acho assim, que aí no caso que vai ser, uma família completa. Para mim, ser mãe é isto ter uma família (Ana).*

Esta fala de Ana indicou outro dado que se repetiu nas entrevistas: a identificação do ser mãe, com a sua própria mãe.

*Olha quando eu penso em maternidade eu penso na minha mãe. Minha mãe para mim é um exemplo de mãe, que todo mundo quer. Porque ela é... Para minha mãe tudo é família, filhos, meu pai, meus avôs. Para ela é tudo. Então eu acho que, não sei se este meu desejo de ser mãe é por eu ter tido uma mãe muito boa. Muito amorosa, carinhosa, muito tudo para a criação de um filho. Aí eu fico assim, no meu pensar em ser mãe, em maternidade vou falar a verdade, eu penso na minha mãe.*

Ana, então, revelou uma identificação com sua mãe. Aqui, há um ideal narcísico em torno desta figura compartilhado por elas, o que leva a participante se inspirar e desejar assumir a função materna e ter seu filho. Como Ribeiro (2004) disse muito bem em seu livro, o desejo de parentalidade vem acompanhado por significados inconscientes resultantes de diversas histórias de cada membro da família, principalmente de seus pais.

Além disso, vale ressaltar novamente que, a fim de tentar entender o desejo de se ter um filho em uma mulher, é preciso analisar a relação desta mulher com sua sexualidade infantil, no campo do Édipo, na história dos caminhos identificatórios, assim como a relação com a figura materna, paterno e os aspectos narcisísantes (Miranda, 2005).

Em outras entrevistas, embora fosse possível também visualizar essas identificações, uma hostilidade na relação mãe e filha se fez presente em algumas falas. Nas de Rebeca, por exemplo, encontrou-se a seguinte resposta sobre ser mãe: “[Silêncio]... Agora você me apertou... [silêncio] Ah! ser mais mulher, mais madura... Ter mais maturidade. Você amadurece mais... Você sabe que não vai poder mais sair pra balada. Você não vai levar a criança para a balada. Você vai ficar mais em casa com seu marido e filho”.

Mesmo que, aqui, ela não tenha relacionado o ser mãe diretamente com a identificação que tem da sua, ao realizar a análise da entrevista como um todo foi possível apreender que esse seu discurso apontou para aquilo que ela crítica em sua mãe, quando a mesma deixava seus filhos ainda pequenos para ao “ir ao baile e namorar”. A maternidade a possibilitaria, portanto, fazer exatamente aquilo que a sua mãe não foi capaz de lhe dar, sendo assim, Rebeca faria “tudo o que tiver em seu alcance” para um filho.

Além disso, seria uma via encontrada por ela se viver uma nova relação de mãe e filho (a), na qual Rebeca enquanto mãe tentaria suprir aquilo que não recebeu da sua, ao dar o carinho e o amor ao seu filho: “Ah! assim porque assim... Eu não tive o carinho da minha mãe entendeu? O carinho da minha mãe, do meu pai. Então eu quero ter um filho para poder

*dar um carinho que eu nunca tive. Porque minha mãe me arrumou e me deixou com minha tia que me criou. Queria ter um filho por isto. Dar um amor que minha mãe nunca me deu. Por isto que eu queria”.*

Não se pôde ignorar que além de tentar suprir a falta da mãe, ao ser aquela a dar carinho e amor ao seu filho, há uma busca empreendida por ela de sentir-se amada pela criança e, assim, evitar o risco de ser abandonada ou ficar sozinha: *“Pode ser também uma companhia, né? [refere-se ao filho]. Você sozinha... meu marido às vezes sai e eu fico sozinha. Mas é ruim. Que nem meu marido viaja, né? aí a criança vai também fazer uma companhia para mim”.* Vale aqui lembrar o que já até fora discutido, sobre o medo de Rebeca de ser abandonada.

Para (Pines, citado por Miranda 2005) a experiência que uma mulher tem com sua própria mãe relacionada à maternidade e à forma como a esta pode lidar com sua própria feminilidade tem uma importância fundamental no estabelecimento da sua identidade feminina. É a partir dessas marcas identificatórias que o desejo de filho se inscrever, além de se revelar primordial para a relação mãe-filha.

Não foi apenas nas entrevistas de Rebeca que se atestou uma identificação na relação entre mãe e filha atravessada por uma demanda de amor materno. Sara ao falar sobre o ser mãe também assinalou para uma realização. Conforme a mesma, a sua realização estaria relacionada ser uma mãe diferente da sua: *“Ah! Ser mãe? Acho que é uma realização... Não sei. Acho que é isto. Ah! Não sei... Porque lá eles, eles não foram muito... Não são muito... Minha mãe foi mais seca, né? E eu acho que minha vontade de ser mãe é para ser diferente. Acho que é um pouco isso”.*

O filho na sua fala pareceu uma saída para compensar aquilo que lhe faltou. Apesar dela reconhece-se parecida com a mãe, a sua aposta é que será uma [mãe] diferente com seu filho, uma mãe mais carinhosa, principalmente se tiver uma filha:

*A única coisa que eu sei é que igual lá em casa a minha mãe sempre foi muito seca. Eu acho que quando tiver meu filho, eu não vou ser tanto [...] É lá em casa todo mundo é seco. Mas eu também sou né? [...] Principalmente se eu tiver menina. Menina eu acho que vai ser mais diferente. Porque lá em casa eles agradam mais os meninos. As meninas não. Acho que se eu tiver uma menina aí vai ser diferente, entendeu? Menina lá em casa é mais complicada. Menina eu acho que é mais seco mesmo. Eles acham que deve ser criado para ser submissa.*

Outro dado que vale ser pontuado neste momento, não foi somente Rebeca quem expôs o medo de ficar sozinha, mas também Sara quando falava do que a motivava ser mãe:

*“Acho que ficar sozinha no mundo deve ser muito ruim, né? e eu gosto muito de criança. No final da vida eu e meu marido vamos ficar velhos, quero dizer não é que precisamos de alguém para tomar conta, é mais uma companhia, né? mas eu digo assim, ter alguém no fim da vida”.*

Não se pôde deixar de citar, enquanto resultado da pesquisa, o pensamento que atribui a maternidade a um instinto. Sabe-se que o mito do instinto materno ainda se faz presente na sociedade atual, onde muitos acreditam que o ser mãe e a maternidade é algo intrínseco a todas as mulheres e não uma construção subjetiva. Viu-se que no final do século XVIII, especialmente no século XIX, uma leitura biologizante sobre a maternidade, em que expressões como “instinto maternal” surgiu na sociedade, a fim de diminuir a natalidade infantil. O discurso adotava como lema a dedicação e presença cautelosa da mãe como valores fundamentais para o exercício de cuidados necessários à preservação da criança (Badinter, 1985).

Portanto, passou a se acreditar que os cuidados dispensados à criança pelas mulheres seriam a maneira “natural” de educar e cuidar dos seus filhos, já que de acordo com essa concepção como à mulher caberia gestar e pari-lo, haveria algo concernente apenas à sua “natureza feminina” para cuidar da criança (Moura & Araujo, 2004). Este tipo de pensamento foi encontrado na fala de duas participantes.

*A maternidade... Eu acho que é assim completar uma etapa da vida, né???. Porque geralmente a mulher, Deus já deu o dom de ter o filho, não ao homem, né???, Eu acho que a mulher que não tem filhos, eu acho que não, não tem o ciclo completo na vida. Eu penso desta forma (Raquel).*

*É mais difícil ver um homem: “ai eu quero ter filho... quero ter filho”. Eu acho que isto é mais da mulher. [...] Engraçado, desde... A mulher tem necessidade de ser mãe desde pequena, né? Você já vê que a menininha não precisa ensinar a carregar, ela já sabe pegar o bebe (Sara).*

Ao se tomar a maternidade enquanto um instinto, o sujeito deixa de interrogar sobre o desejo de ter um filho, uma vez que seria algo inerente as todas as mulheres. Porém, na falta de se questionar o que realmente uma mulher quer, corre-se o risco de imergir o sujeito em um não sentido. Quando isto acontece no lugar do desejo podem-se encontrar, por exemplo, o silêncio: *“O bebê... Acho que é acrescentar. Porque ocupar, não tem como você ocupar. Ninguém ocupa o espaço de ninguém né? Só acrescentar algo mais. Mas acrescentar o que? Ah! como eu posso te explicar. Acrescentar o que? Pergunta meio complicada de responder. Deixe-me pensar. [Silêncio] Ah! Sabe que eu não sei [risos]” (Sara).*

É neste sentido, que a psicanálise sustenta o cuidado que se cair na armadilha ao responder as diversas demandas que aparecem nos consultórios e na clínica, sejam elas referentes à infertilidade ou não. O papel que um psicanalista deve desempenhar dentro de uma equipe de tratamento de reprodução só terá seu êxito na medida em que for capaz de sustentar sua posição no que concerne à direção de seu trabalho (Perelson, 2013). Em outras palavras, ele deve se inclinar a escutar o desejo, os medos e sofrimento do sujeito, ao invés de buscar responder sua demanda. É preciso entender de que lugar está vindo esta busca pelo filho biológico.

### 7.5.1 A COBRANÇA POR FILHOS

A impossibilidade de ter filho faz com que a mulher se depare com uma grande frustração, a qual muitas a sentimentos de inferioridade e incapacidade, bem como a algumas interrogações. Estes sentimentos costumam-se aflorar quando de depara com uma outra mulher grávida. Ao olhar que a outra porta aquilo que ela não tem, mexe com sua ferida narcísica.

*Se acontece alguma coisa, como, “Ah! minha colega engravidou”, ou ele fala: “Ah! a fulana está grávida, né?”. Ai eu falo com ele assim: “Ah! que bom”. Fico com aquela felicidade por aquela pessoa, mas eu ao mesmo tempo... Por dentro eu fico triste. Não por a pessoa ter engravidado. Mas eu penso: “poxa é mais uma que engravidou e eu não”. Entendeu? Por não ser eu. [...] Todo mundo está engravidando menos eu. Então eu fico achando assim, que eu estou excluída, da maternidade, digamos assim [risos] (Ana).*

*Entendeu... Igual eu tenho uma colega minha que está grávida tb. Ai ela me chama: “Rebeca vamos escolher uma roupinha comigo aqui”. Ai ela sempre me arrasta com ela. Entendeu? Ai eu fico com aquilo na cabeça. Eu fico triste, porque eu ajudo escolher roupinha para o filho dela e eu não tenho filho. Ai eu fico muito triste (Rebeca).*

Na trajetória da infertilidade, o outro não só pode ocupa o lugar daquele que porta o falo, mas também pode aparecer como aquele que vem apontar a falta e, ao mesmo tempo, cobrar o ter-se esse falo. Na entrevista de Rebeca, duas características marcantes encontradas foram justamente a sua ansiedade e o incômodo que sente quanto à cobrança em ter um filho por parte do marido, sogra e outros familiares.

Assim que se deu o início da primeira entrevista, ela logo expressou sobre a cobrança que sofre por parte do marido, sogra e outros familiares quanto à importância e necessidade dela ter um filho.

*[Sogra] Cobra muito... Esta semana ela estava lá em casa... Ela tem dois netos, de outros filhos. Este filho dela que está comigo, ela não tem, não. Aí ela fala mesmo. Aí, ela começa a falar, porque ela é evangélica, né? Aí ela fala: “Nossa Rebeca, oh você tem que tomar esta água de oração. Vou pedir o pastor para te orar”. [...] Ela tem netinho de 12 e o outro de 4. Aí eles perguntam: “titia, cadê um priminho para mim? Cadê um priminho?”. Eu falo: “espera que daqui a pouco ele chegará”. Até ele já sabe cobrar a gente... Até ele. [...] Tem a pressão da minha família também. Ela me pressiona muito... Pressiona-me muito. Porque lá em casa todo mundo tem filho. Só eu que não tenho. “Não vai arrumar filho, não Rebeca. Seu marido vai arrumar outro, minha filha”. Sabe me pressionando.*

*Ah! Eu sinto. Eu sinto. Nossa! Tem hora que ele [marido] chega com um monte de roupa, brinquedo, mamadeira. [Rebeca pergunta] “O que é isto?” [ele responde] “para quando a gente tiver”. Igual assim tem uma vizinha nossa lá que ganhou um filho há pouco tempo... Tem pouco tempo o nenenzinho dela. Aí ela deixou a criança lá em casa. O que aconteceu, ele [marido de Rebeca] se apegou tanto ao neném da moça que não quis entregar a menina, entendeu? “não, não vou entregar... não sei o que... ela está na minha casa”. [Rebeca fala] “mas não é nossa esta criança. Você tem que entregar. Eles vão chamar a polícia para nós, uai”. Por fim, o irmão dele conversou com ele e ele entregou a criança. Mas aí quando eu fui ver, ele estava em prantos chorando, chorando, chorando... “você é muito chata... você não me dá um filho... não sei o que... que seu tratamento não está valendo nada... você vai ao médico não tem resultado nenhum... toda vez que te pergunto você fala que a médica fala que não deu nada, mas não sai disto”. Aí fica todo nervoso.*

O olhar do outro por meio das cobranças não é atravessado somente por um julgamento por não conseguirem cumprir seu “papel” social e cultural, a saber, o de procriar e de ser mãe, mas também está pautado na questão de inscrever o desejo do outro como sendo o seu. Na entrevista de Rebeca isto ficou mais nítido, pois há um desejo do marido em ter filhos.

Como já até discutido, a vontade de filho de Rebeca parece estar muito relacionada ao desejo de filho do marido. Há momentos em sua fala quando está se referindo a sua vontade de filhos, uma repetição do discurso da sogra e do marido: “Porque ela deixa o ambiente mais... familiar, né? Alegre uma casa. Porque assim, é só eu e meu marido, quem for à minha casa... Passa em frente lá na rua, acha que não tem criança nenhuma. Que não tem ninguém dentro de casa. Porque é só eu e ele. Não tem um barulho”. Neste sentido, seria



válido o profissional que estivesse acompanhando ela, seja um psicanalista ou mesmo até a médica, questionar sobre seu real desejo de filhos.

Na entrevista de Sara e Ana, uma cobrança social e familiar vivenciada pela mesma, também foi enunciada:

*Eu não sei acho que me cobro muito para engravidar, entendeu? Não sei se é porque eu quero tanto engravidar, que eu acabo me cobrando a engravidar. E tem que engravidar, entendeu?. E acaba a família cobrando. Ainda mais que eu sou a única mulher. Todo mundo lá em casa engravida rápido. Ai chega uma que não engravida. Ai eles ficam me perguntando se vem neném... se irá vir neném. Igual a minha mãe, ela casou com 17 anos. Aos 18/19 anos ela já tinha filhos, entendeu? Ai a primeira coisa que o povo chega e fala é: “você não vai arrumar neném, não [...] Mas é muita cobrança de parentes e amigos, até por brincadeira mesmo. Sabe que esta fazendo tratamento e que não consegue, mas fazem brincadeira. Você sente até oprimida com isto”.*

*Mas é muita cobrança de parentes e amigos, até por brincadeira mesmo. Sabe que esta fazendo tratamento e que não consegue, mas fazem brincadeira. Você sente até oprimida com isto (Ana).*

Como se pôde perceber nas entrevistas, três participantes apontaram uma cobrança de filhos, vido do outro seja este outro o marido, a família, os amigos. Estas cobranças fazem elas próprias se cobrarem por algo que está para além da sua vontade. Somente a entrevista de Raquel que tais cobranças não se mostraram tão nítidas seus relatos. No entanto, vale ressaltar que primeiro ela foi a única a relatar que não contou a ninguém que faz tratamento, ou seja, para o outro ela não ter filhos no momento é uma “opção”. O que parece que ela se dedica nesta fase de sua vida é estudar para o concurso: “Só que lá em casa ninguém sabe que eu estou fazendo tratamento, não. Só eu e meu marido. Eu não quero falar né? Ai depois se eu não conseguir, aí é outra coisa, né? [...] Meu maior sonho é passar no concurso de delegada. Isto é meu maior sonho. É para este que estou estudando”. Segundo, a cobrança nem sempre vem de maneira consciente.

As mulheres que passam pela infertilidade acabam, então, por se deparar com uma trajetória de provações físicas, emocionais e sociais, além do desafio de dar sentido à própria experiência, posto que a condição de não procriação fundamenta-se não só em uma fisiologia, mas num corpo que faz sentido e numa relação particular com o outro (Siagl, 2003). Portanto, o olhar do outro o invade e o cobra por algo que a mulher não pode ter; uma cobrança do outro por algo que ela não consegue controlar. Assim, acompanhando as inúmeras cobranças vem, muitas vezes, o sentimento de culpa por não conseguir engravidar.

[...] Aí chegou uma época que meu marido chegou a dizer assim: “você se culpa muito. Você acha que você é a responsável por não engravidar. Coloca a culpa em mim... Coloca a culpa em mim. Começa a char que sou eu que não consigo, que eu quem tem algum problema. Coloca a culpa em mim, para você se sentir melhor”. Porque assim, ele fez os exames deram tudo normal. Ele já tem filho. E como eu quem tinha o ovário policístico, eu achava que eu quem tinha o problema (Ana).

Mas eu achava que para ele era mais tranquilo, porque ele já tem filho, então, ele já é pai. Então, fico pensando assim, igual os casais que ou o homem não pode ter, ou a mulher não pode ter... Por exemplo, se ele não tivesse filho eu poderia ficar assim, não eu não posso engravidar e ele quer ter filho... Como deve... A situação deve ser muito pior. Eu acho que se fosse o contrário, como eu era muito ansiosa, nervosa, para mim teria sido muito pior... Que aí eu ia ficar pensando assim: “como vai fazer ele que ter um filho e eu não posso. Eu também quero, mas... ele vai me largar...”. Como eu era muito pessimista, aí já era... Eu ia pensa: “ele vai me largar, arrumar outra mulher para ter um filho, porque eu não posso”. Aí como ele já tem um filho, pensando nesta parte, para mim foi mais tranquilo (Ana).

Essa culpa sentida pelas mulheres é, na verdade, uma série de conflitos, permeados por questões sociais e culturais ligadas à maturidade, ao desejo do desenvolvimento pessoal, além da incapacidade cumprir com o seu “papel”. Mesmo frente ao fato de não ter nada de errado com o seu corpo, a mulher acaba se responsabilizado por não conseguir ter um filho e/ou de dar um ao seu marido.

Ao se falar de cobrança e da culpa sentida por estas mulheres, é importante lembrar o quanto a cultura influência e estabelece formas de exercer os valores relacionados ao significado de ser mulher e de ser mãe, de maneira que, muitas vezes, estes dois significantes colam um ao outro. Assim, as perguntas sobre o que se espera de uma menina e de uma mulher? Ou qual a sua função dentro de uma família e na sociedade? Levam, na maioria das vezes, à resposta: maternidade/ser mãe.

Sair desta normatização e estabelecer um corte com este paradigma é um caminho que o sujeito precisa percorrer mesmo seu desejo sendo outro quando se está diante a circunstância da infertilidade, isto é, mesmo seu desejo sendo justamente ter o filho que tanto deseja, mas não consegue. Mas isto não acontece sem que a mulher passe se haver com seus conflitos psíquicos e seus medos, o que gera muito sofrimento.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta parte do estudo tem como finalidade realizar algumas considerações finais, consideradas relevantes, de maneira a retomar os principais resultados e trazer algumas conclusões. Viu-se também a importância em pontuar algumas limitações centrais do estudo, para que novos estudos possam ser realizados.

Na atualidade a infertilidade remete a um importante problema de saúde pública, cujo impacto não atinge somente ao casal, mas também a sociedade. Ela traz o encontro do sujeito com o seu próprio corpo, de forma a questioná-lo sobre o que estaria de errado com o mesmo, o que estaria impossibilitando de engravidar. Quando nem mesmo a medicina é capaz de responder suas perguntas, posto que o diagnóstico não identificou a causa da infertilidade do casal, a mulher vai em busca de respostas utilizando-se de suas fantasias, a fim de dar um sentido para aquilo que se mostra como um enigma. Assim, diante o não saber revelado pelo silêncio científico, surgem os por quês?

Sabe-se que a experiência da infertilidade mostra-se devastadora e provocadora para a mulher que a atravessa, é uma experiência de encontro com a dor e um convite para novos arranjos da subjetividade com a possibilidade de ressignificação de conceitos como a feminilidade e a maternidade. O construto feminino é um termo fundamental para entender todo este processo, posto que apontar para a singularidade e para as possibilidades de subjetivação próprias a cada sujeito. Para Miranda o feminino remete àquilo que “convida o sujeito a transformar a falta, condição do humano, numa possibilidade infinita de invenções que se fazem e se desfazem ininterruptamente, sendo uma das invenções maternidade” (p 11).

Neste sentido, diante a dificuldade de engravidar a mulher precisa lidar com o adiamento de um filho e, conseqüentemente, do seu projeto de vida, enquanto passa a se haver com antigos conflitos adormecido, referentes à questão edípica e à castração. A infertilidade, então, se anuncia como uma verdadeira chaga narcísica.

A partir do contato com as mulheres da pesquisa foi possível constatar um sofrimento psíquico em torno da impossibilidade para engravidar, visto que isto se mostra um empecilho não só para atingir aquilo que elas tanto querem, como também se mostra um problema na relação do casal.

Sentimentos como exclusão e incapacidade por não alcançarem o seu sonho, a impotência por se sentirem inúteis ao não conseguirem conceber e a indignação com a sua condição, levam-nas a questionarem sua feminilidade. O ser mulher aparece no estudo “aprisionado” ao ser mãe. Assim, se à mulher cabe a procriação, àquelas que não acolhem esta função são, então, excluídas, vistas como incapazes e inúteis.

Quando questionadas acerca do significado de ser mãe e da maternidade, as mulheres associaram como o “todo”, aquilo que completa enquanto mulheres e uma concretização do seu projeto de vida e realização pessoal. Somente uma, que diante da impossibilidade de engravidar, tentou dar um outro sentido à sua realização pessoal, elegendo, por exemplo, o estudo e a vontade de passar no concurso como algo a ser conquistado. Como posto por Sigal (2003), a mulher, então, descobre outras realizações possíveis para si, que não só a maternidade. Isto permite que o caminho para novos destinos pulsionais e novos objetos sejam investidos pelo sujeito.

Ainda em relação à maternidade, os dados mostraram a identificação das participantes com a mãe, o que vem de encontro com a teoria psicanalítica. Aqui há um ideal narcísico em torno da figura materna compartilhado por mãe e filha, o que leva a mulher a se inspirar e desejar assumir a função materna e ter seu filho. A mulher, então, quando opta por ter um filho e planeja esse projeto, volta à sua infância, período em que fora adquirindo questões de lugar e função, por meio dos seus pais, importantes para a construção de sua subjetividade.

Embora fosse possível visualizar essas identificações, houve também casos em que uma hostilidade se fez presente na relação mãe e filha, atravessado por uma demanda de amor materno. A figura da mãe se revelou, nestes casos, como uma figura faltosa na infância. Com isso, pôde-se perceber a relação mãe e filha marca a menina, de maneira que quando a mulher há uma necessidade desta de reparar algo nessa relação e suprir esse amor materno. A saída encontrada, de modo geral, pelas participantes foi de escrever uma nova história com seus filhos.

Portanto, diante do ser mãe há uma projeção imaginária da mulher sobre o filho, acompanhado da pergunta de como serão na condição de pais. Tal imaginário toma por referência seus próprios genitores, conforme foi o seu modelo familiar, o que lhe permite esforçar-se numa tentativa de ser uma mãe como a sua mãe ou justamente dar o filho o que essa não foi capaz de lhe dar.

A cobrança pela falta de filhos, também foi um dado bastante relevante, pois ele traz o olhar do outro sobre a sua “incapacidade”, gerando maior sofrimento diante o desejo de filho. O olhar do outro por meio das cobranças não é atravessado somente por um julgamento de não conseguirem cumprir seu “papel” social e cultural, a saber, o de procriar e de ser mãe, mas também está em pauta o desejo do outro, seja este representado pelo marido, ou pela família, ou mesmo pela sociedade.

Observa-se que a pressão social influencia na forma de pensar daquelas que pretende ser futuras mães, onde a vontade de ter filho é posta, muitas vezes, como uma demanda natural de ser mãe, como um instinto materno inerente às mulheres. E quando essa sociedade se depara com um casal sem filhos, há algo que os impelem a estranhar e indagá-los, como se os mesmo estivessem instaurando um caos na normatização que gira em torno da maternidade. Acompanhando as inúmeras cobranças vem, muitas vezes, o sentimento de culpa por não conseguir engravidar. A mulher, então, se responsabiliza por não conseguir ter um filho e/ou de dar um ao seu marido, mesmo frente ao diagnóstico de infertilidade sem causa aparente.

As entrevistas realizadas e a interpretação das mesmas permitiram encontrar outras unidades de significação mais relacionadas ao real âmbito dos objetivos do trabalho, ao que se refere à somatização do corpo diante eventos estressores e medos relacionados à maternidade. Assim, a partir da história de cada uma das mulheres que participaram da pesquisa, evidenciou-se algumas vivências estressoras, de caráter ameaçador, que parece apontar para um processo de somatização dos seus corpos.

Toma-se como exemplo: após sofrer um assédio sexual uma das participantes começou a apresentar uma crise de desmaios, sendo que etiologia dos mesmos não foi evidenciada, mesmo após se realizar uma série de exames. Há de se destacar ainda, em relação a este caso, a dificuldade que a participante apresentava ao falar sobre o que lhe afetava, principalmente o esse assédio. Tal dificuldade em desabafar e falar sobre seus sentimentos e essa experiência traumática, além de trazer-lhe um conflito psíquico, a impossibilitava de dar outro sentido à sua vivência. Quando o sujeito se silencia, muitas vezes, é o corpo que passa a dizer algo, como foi o seu caso.

Assim, ao tomar como base os resultados pôde-se inferir que os acontecimentos e as experiências que envolveram certo nível de estresse, vivenciados pelas participantes, foram acompanhados por algum sintoma, principalmente a nível somático. Isto permite discorrer o

quanto mente e corpo se interagem, o quanto às repercussões afetivas podem repercutir sobre o corpo do indivíduo.

As vivências estressoras que apareceram nas entrevistas, mesmo aquelas que não foram possíveis, a partir da metodologia utilizada, aprofundar os efeitos sobre o psiquismo ou ter acesso ao real significado dessas experiências, se fizeram importante para a pesquisa, pois permitiram apontar o quanto uma vivência estressante seguiu-se de um processo de somatização. O interessante é as próprias participantes foram capazes, embora não todas, de perceber o quanto estes fatores estão relacionados. Ressalta-se que o evento estressante em si não produziria um sintoma, mas acessa um conflito que vai desencadear uma defesa psíquica e, conseqüentemente, a formação de sintomas, o que estaria relacionado a um processo de somatização.

Portanto, não se pode mais ser ingênuo a ponto de negar o quanto um evento estressor pode levar o corpo a somatizar, sem necessariamente estabelecer uma relação causal, haja vista que não é possível estabelecer este tipo de relação quando se tem como base teoria a psicanálise. Além disso, como ressaltado por Moreira (2004) a influência dos estados psicológicos sobre a reprodução apresenta um perfil multifatorial, sendo muito difícil, senão impossível, determinar relações lineares de causa e efeito.

Os eventos estressores dos quais a pesquisa se apropriou, a partir das falas das participantes, foram eventos que antecederam à decisão de engravidar, como também àqueles vivenciados durante a fase de tratamento de infertilidade. Neste sentido, ao que diz respeito às vivências anteriores à decisão de engravidar, evidenciaram-se experiências estressantes relacionadas ao lugar de trabalho e função laboral exercida na época, a perda do emprego, a problemas de relacionamentos com colegas de trabalho e a traumas, como o assédio mencionado e separação dos pais quando criança.

Já àquelas vividas durante o tratamento se deram na maioria em função do próprio tratamento, este que se faz bastante estressante com todos os seus procedimentos, medicamentos, intervenção médica e invasão na relação do casal além da incerteza de sucesso. Abrindo a brecha do medicamento, é importante destacar o quanto as mulheres do estudo reclamaram dos efeitos colaterais causados pelos remédios que precisam tomar para o tratamento. Elas reclamam que tais medicações alteram seus hormônios, o que as deixam mais estressadas.

Portanto, como a própria literatura mostra e este estudo corroborou, o estresse é um sentimento presente na vida da maioria das mulheres que passam pela dificuldade de

engravidar. E quando o tratamento, que é às vezes a sua última esperança, não apresenta garantias de sucesso, o mesmo passa também ser vivenciado como um evento estressor. Com isso, a esperança vira frustração e a dedicação, em estresse.

Vale aqui lembrar ao leito que, não foi possível afirmar que tais vivências proferidas nas entrevistas remetem a algum conteúdo ameaçador que acionaria a defesa psíquica e, conseqüentemente, à formação de sintomas. Embora se possa inferir, a partir da teoria apresentada, tal suposição. Mesmo que se tivesse realmente diante de eventos estressores relativos a uma ameaça interna, não se poderia somente com as entrevistas ter acesso livre a mesma, já que o perigo interno é da ordem do inconsciente, ou seja, não se pode acessá-lo tão facilmente ou a qualquer momento.

Todavia, tal limite de acesso às reais ameaças internas que assolam cada uma das participantes, não descaracteriza a importância de apresentar as ameaças concretas, uma vez que estas também apontam para o medo e estresse. Sendo assim, vale destacar aqui, que os medos das participantes foram relacionados ao momento que estão vivenciando, ao que diz respeito à infertilidade, bem como retrataram a história singular de cada uma. Assim, alguns dos medos, evidenciados durante as entrevistas, estão diretamente relacionados ou com a maternidade, ou com ser mãe, ou mesmo com dificuldade de engravidar. Ao que se refere, em especial, o medo relativo à maternidade, viu-se após a análise dos resultados o que realmente há uma atualização do Édipo, da castração e da vivência da mulher com a própria mãe, neste momento de suas vidas.

O medo realístico, decorrente ao evento estressor, como já discutido, pode se tratar de um medo neurótico, que sofreu alguma transformação. Portanto, um evento estressor, aquilo que o ego teme, na verdade, diz de uma ameaça interna. Mas quais seriam as ameaças vivenciadas por cada uma das participantes, nos momentos de estresse relatados? Ou quais as causas desta defesa psíquica, responsáveis pelo ego acionar o recalque e levar à formação dos sintomas?

A tais questões não cabem a presente pesquisa respondê-las, até porque tais questões se esbarram nos limites da mesma, a partir do desenho metodológico utilizado. Além disso, em momento nenhum se tinha tal pretensão. Por isto, a importância de se realizar mais pesquisas, com desenho metodológico diferente, que pudesse contornar e aprofundar ainda mais este enigma que é a infertilidade sem causa aparente.

Um dos limites deste estudo, como também pode servir de inspiração para outros, é justamente a realização de pesquisas com mulheres que foram diagnosticadas com ISCA, mas

que conseguiram engravidar, a fim de buscar entender como se tais mulheres apresentaram sintomas neuróticos e somáticos durante o tratamento, que viesse apontar para uma defesa do inconsciente e, dessa forma, desprender um estudo comparativo dos resultados.

Assim, após a realização do presente estudo, e tendo em conta a apropriação do possível do fenômeno, viu-se que se faz pertinente à realização de mais estudos acerca desta problemática. O estudo alude que a infertilidade, por si só, é um evento conflitivo por reavivar impasses psíquicos, que remetem a alguma ameaça interna e inconsciente. Todavia, se ela será vivida como um evento traumático isso dependerá de cada sujeito, bem como o impacto no seu psiquismo e corpo.

Considerando que a infertilidade não é o único evento estressor vida do sujeito, ao contrário o mesmo está fadado a todo o momento se deparar com a situações que remetem à alguma vivência temerosa e estressante, que podem exigir uma defesa do aparelho psíquico. Embora esta questão tenha ficado evidente na pesquisa, bem como as repercussões dessa defesa. Ao que diz respeito da formação de sintomas, visto que todas elas apresentaram sintomas, sejam eles momentâneos, ou crônicos, pode-se apenas fazer inferências, de maneira a corroborar o que Freud postulou. Assim, a infertilidade sem causa aparente talvez possa ser uma consequência deste processo, apesar de não ser possível desvendar este enigma por esta via, pois teríamos que entrar numa discussão de causalidade, que na verdade não diz nada quando estamos diante o inconsciente. Tal possibilidade talvez mereça maiores atenções, por isso a necessidade de desprender novos estudos.



## 9 REFERÊNCIAS

- Abdelmassih, R. (2001). Aspectos gerais da reprodução assistida. *Bioética*, 9(2), 15-24. Recuperado em 19 de dezembro de 2013, de [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/242/242](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/242/242)
- André, S. (1988). Tornar-se mulher. In S. André. *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Angelo, M. L., Moretto, M. L. T., & Lucia, M. C. S. (2009). Os filhos da Ciência: sobre a maternidade na reprodução assistida. *Mental*, 7(12), 39-51. Recuperado em 16 de agosto de 2013, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272009000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000100003)
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Badinter, E. (1985). *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno* (8a ed.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Barbosa, P. Z., & Rocha-Coutinho, M. L. (2007). Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica*, 19(1), 163-185. Recuperado em 18 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-56652007000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-56652007000100012&script=sci_arttext)
- Borlot, A. M. M., & Trindade, Z. A. (2004). As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(1), 63-70. Recuperado em 19 de junho de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-56652007000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-56652007000100012&script=sci_arttext)
- Brasil (2013). Portal da Saúde SUS. Reprodução Humana Assistida. Recuperado em 17 de julho de 2013, de [http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id\\_area=832](http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=832)
- Calazans, R.; Neves, T. I. (2010). Pesquisa em psicanálise: da qualificação desqualificante à subversão. *Àgora*. 13(2), 191-205. Recuperado em 18 de agosto de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982010000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982010000200004&script=sci_arttext)
- Canguilhem, G. (1995). Existem Ciências do Normal e do Patológico?. In G. Canguilhem, *O normal e o patológico* (pp.71-180). Rio de Janeiro: Forense Universitário.
- Cezne, G. O. M. (2009). “Em busca de um sonho”: a maternidade para mulheres em situação de infertilidade. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo. Recuperado em 10 de agosto de 2013, de <http://biblioteca.asav.org.br/vinculos/tede/GrazielaCeznePsicologia.pdf>

Chizzotti, A. (2000). *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (4a ed.). São Paulo: Editora Cortez.

Coelho, M.T. Á. D & Almeida Filho, N. (1999). Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis*, Rio de Janeiro, 9(1), 13-36. Recuperado em 17 de junho de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/02.pdf>.

Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 16(3), 365-371. Recuperado em 06 de dezembro de 2013, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a02.pdf>

Daniluk, J. C. (2001). "If We had it to Do Over Again...": Couples' Reflections on their Experiences of Infertility Treatments. *The Family Journal*, 9(2), 122-133. Recuperado em 06 de novembro de 2013, de <http://tfj-sagepub-com.ez25.periodicos.capes.gov.br/content/9/2/122.full.pdf+html>

Diniz, D., & Costa, R. G. (2006). Infertilidade e Infecundidade: Acesso às Novas Tecnologias Conceptivas. In V. Ferreira, M. B. Ávila, & A. P., Portella (Orgs), *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas* (pp. 49-66). Recife: SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia.

Emidio, T. S.(2008). *Diálogos entre feminilidade e maternidade: um estudo sob o*

*olhar da mitologia e psicanálise*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, São Paulo. Recuperado em 24 de agosto de 2013, de [http://www.fio.edu.br/psicologia/publicacoes/artigos/feminilidade\\_maternidade.pdf](http://www.fio.edu.br/psicologia/publicacoes/artigos/feminilidade_maternidade.pdf).

Farias, C. N. F., & Lima, G. G. (2004). A relação mãe criança: esboço de um percurso na teoria psicanalítica. *Estilos da clinica*, 9(16), 12-17. Recuperado em 08 de abril de 2013, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282004000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282004000100002)

Farinati, D. M., Rigoni, M. S., & Muller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estudo de psicologia (Campinas)*, 23(4), 433-439. Recuperado em 31 de junho de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2006000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000400011&lng=en&nrm=iso).

Ferin, M. (1999). Stress and the Reproductive Cycle. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84 (6), 1768–1774. Recuperado em 17 de fevereiro de 2014, de <http://press.endocrine.org/doi/full/10.1210/jcem.84.6.5367>

Filgueiras, J. C., & Hippert, M. I. S. (1999). A polêmica em torno do estresse. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 19(3), 2-11. Recuperado em 08 de abril de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98931999000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98931999000300005&script=sci_arttext)

Fine, M., Weis, L., Weseen, S., & Wong, L. (2006). Para quem? Pesquisa qualitativa, representações e responsabilidades sociais. In N. k. Denzin & Y. S. Lincoln (Orgs), *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (S. R. Netz, trad., pp. 115-139). Porto Alegre: Artmed.

Flick, U. (2009). Pesquisa qualitativa: por que e como fazê-la. In U. Flick (Org), *Introdução à pesquisa qualitativa* (J. E. Costa, trad., pp. 20- 38). Porto Alegre: Artmed.

- Freud, S (1996a). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica intitulada neurose de angústia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 3, pp. 139-155). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1985[1986]).
- Freud, S. (1996b). O método psicanalítico de Freud. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 7, pp. 233-240). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1904[1903]).
- Freud, S. (1996c). Sobre o narcisismo. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 77-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996d). Conferência XVII. O sentido dos sintomas. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 16, pp. 265-279). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1916]).
- Freud, S. (1996e). A dissolução do complexo de Édipo. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 19, pp. 191-199). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (1996f). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 19, pp. 273-286). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (1996g). Inibição, Sintoma e Ansiedade. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 20, pp. 81-171). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (1996h). Sexualidade feminina. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 21, pp. 231-251). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931).
- Freud, S. (1996i). Ansiedade e vida instintual. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 22, pp. 85-112). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933[1932]).
- Freud, S. (1996j). Feminilidade. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 22, pp. 113-134). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933[1932]).
- Freud, S. (1996l). Análise terminável e interminável. In S. Freud *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 23, pp. 225-270). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937)
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6a ed.). Atlas: São Paulo.

- Gomes, R. (2007). Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In S. F. Deslandes, R. Gomes, & M. C. S Minayo (Orgs.), *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (25a ed. pp. 79-108). Petrópolis: Vozes.
- Gomez, G. Q. (2000). A maternidade como enigma: Atenas, as Luzes e Freud. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 10(2), 51-74. Recuperado em 30 de novembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312000000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312000000200003&script=sci_arttext)
- Helena, L. & Mansur, B. (2003). Experiências de Mulheres sem Filhos: a Mulher Singular no Plural. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(4), 2-11. Recuperado em 26 de dezembro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a02>
- Lacan, J. (1982). *O Seminário, Livro 20: Mais, Ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1972-73)
- Lacan, J. (1998). *O Seminário, Livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957-58).
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1986). *Vocabulário da psicanálise*. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Leach, R. E. et al. (1997). Intensive hormone monitoring in women with unexplained infertility: evidence for subtle abnormalities suggestive of diminished ovarian reserve. *Fertility and Sterility*, 68 (3), 413-420. Recuperado em 25 de abril de 2013, de <http://www.fertstert.org/article/S0015-0282%2897%2900222-7/pdf>
- Lima, G. G. (2006). *Da Mãe A Mulher: Os circuitos do amor, desejo e gozo*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Recuperado em 19 de julho de 2012, de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13408/000641877.pdf?sequence=1>.
- Lo Bianco, A. C. (2003). Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. *Revista Psico-USF*, 8(2), 115-123. Recuperado em 18 de agosto de 2014, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v8n2/v8n2a03.pdf>
- Lopes, J. R. C., Ferriani, R. A., Badalotti, M., Beck, T. R., & Cequinel, M. G. (2008). Guideline para abordagem da infertilidade conjugal. [http://www.sbrh.org.br/guidelines/guideline\\_pdf/guideline\\_de\\_infertilidade\\_conjugal.pdf](http://www.sbrh.org.br/guidelines/guideline_pdf/guideline_de_infertilidade_conjugal.pdf).
- Loures, D. L., Sant'Anna, I., Baldotto, C. S. R., Sousa, E. B., & Nóbrega, A. C. (2002). Estresse Mental e Sistema Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 78(5), 525-530. Recuperado em 21 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002000500012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002000500012&script=sci_arttext)
- Macedo, M. M. K., & Falcão, C. N. B. (2005). A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psychê, São Paulo*, 9(15), 65-76. Recuperado em 02 de novembro de 2014, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382005000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100006&lng=pt&nrm=iso).

- Maia, A. B., Medeiros, C., & Fontes, F. (2012). O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. *Estilos da Clínica*, 17(1), 44-61. Recuperado em 20 de janeiro de 2015, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282012000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000100004&lng=pt&tlng=pt) .
- Melamed, R. M. M. (2006). Infertilidade: sentimentos que decorrem. In R. M. M. Melamed & J. Quayle (Orgs.), *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras* (pp. 71-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Miller, J. (1998). A criança entre a mulher e a mãe. *Opção Lacaniana*, 21, 7-10.
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (11a ed). São Paulo: Hucitec.
- Miranda, F. E. (2005). *A infertilidade feminina na Pós-modernidade e seus reflexos na Subjetividade de uma mulher*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte. Recuperado em 10 de julho de 2013, de [http://www.pucminas.br/documentos/dissertacoes\\_fernanda\\_eleonora.pdf](http://www.pucminas.br/documentos/dissertacoes_fernanda_eleonora.pdf).
- Miranda, F. E. & Moreira, J. O. (2006). A infertilidade feminina na pós-modernidade: entre o narcisismo e a tradição. *Revista de Ciências Humanas*, 39, 183-197. Recuperado em 26 de dezembro de 2013, de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/17994/16942>
- Modelli, A., & Levy, R. H. C. (2006). Esterilidade sem causa aparente: possibilidades de intervenção. In R. M. M. Melamed & J. Quayle (Orgs.), *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras* (pp. 71-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moghissi, k. (1997). Infertilidade sem causa aparente. In M. Badalotti, C., Telöken, & A. Petracco (Orgs), *Fertilidade e infertilidade humana* (pp. 146-147). Rio de Janeiro: Médica e Científica.
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhé*, 15(2), 93-103. Recuperado em 10 de outubro de 2013, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96715209>
- Morais, M. B. L. (n.d.). Humor e Psicanálise. Recuperado em 06 de novembro de 2014, de <http://www.cbp.org.br/rev3114.htm>
- Moreira, S. N, T. (2004). *Abordagem dos aspectos psicológicos da mulher infértil: um estudo quali-quantitativo*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Recuperado em 06 de abril de 2013, de <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/13423/1/SimoneNB.pdf>
- Moreira, S. N, T., Lima, J. G., Souza, M. B. C. & Azevedo, G. D. (2005). Estresse e função reprodutiva feminina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(1), 119-125. Recuperado em 26 de dezembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292005000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100015)

Moreira, S.N.T.; Melo, C.O.M.; Tomaz, G., & Azevedo, G.D. (2006). Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(6), 358-64. Recuperado em 6 de março de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000600007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000600007&script=sci_arttext)

Moretto, M. L .T. (2001). O que se faz quando se faz psicanálise? In M. L .T Moretto, *O que pode um analista no hospital?* (pp. 19-60). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moura, S. M. S. R. & Araujo, M. F. (2004). A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(1), 44-55. Recuperado em 24 de outubro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a06>

Negro-Vilar, A. (1993). Stress and Other Environmental Factors Affecting Fertility in Men and Women: Overview. *Environmental Health Perspectives Supplements*, 101(3), 59-64. Recuperado em 31 de maio de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1519933/pdf/envhper00379-0064.pdf>

Palacios B., E., Jadresic M., E., Palacios B, F., Miranda V, C., & Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(1), 19-24. Recuperado em 24 de dezembro de 2013, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000100004&script=sci_arttext)

Perelson, S. (2013). Psicanálise e medicina reprodutiva: possíveis colaborações e indesejáveis armadilhas. *Psicologia USP*, 24(2), 241-262. Recuperado em 08 de junho de 2014, de <http://www.revistas.usp.br/psicosp/article/view/63406/66149>

Pinto, T. (2012). Crítica do empirismo aplicado à psicopatologia clínica. *Ágora*, 15 (10), 405-420. Recuperado em 17 de junho de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982012000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982012000300004)

Portugal (2008). Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde. Reprodutiva Saúde reprodutiva: Infertilidade. Lisboa: DGS, Recuperado em 01 de agosto de 2013, de <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/ucf/Documents/hospitais/vertente1/legislacao/orienta%C3%A7%C3%B5es%20tecnicas%20dgs/Sa%C3%BAde%20reprodutiva%20-%20infertilidade.pdf>.

Prata, M. R. (1999). O Normal e o Patológico em Freud. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 9(1), 37-81. Recuperado em 17 de junho de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/03.pdf>

Prates, A. L. (2001). Freud: A experiência entre os sexos. In A. L. Prates. *Feminilidade e experiência psicanalítica* (pp. 29-46.) São Paulo: FAPESP.  
Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (2012, de dezembro). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano. Diário Oficial da União, Seção 1.

Ribeiro, M. F. R. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rodrigues, A. S. (2008). *Medo, neurose e doença psicossomática*. Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. (V. Ribeiro trad.). Rio de Janeiro: Zahar

Sigal, A.M. (2003). A psicanálise o feminino e sua relação com as novas técnicas de fertilização assistida. In *Estados Gerais da Psicanálise, Segundo Encontro Mundial* (pp. 1-12), Rio de Janeiro. Recuperado em 16 de dezembro de 2013, de [http://www.egp.dreamhosters.com/encontros/mundial\\_rj/download/5b\\_Sigal\\_27260803\\_port.pdf](http://www.egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5b_Sigal_27260803_port.pdf)

Smith, R. F & Dobson, H. (2002). Hormonal interactions within the hypothalamus and pituitary with respect to stress and reproduction in sheep. *Domestic Animal Endocrinology*, 23, 75-85. Recuperado em 25 de abril de 2013, de

Soler, C. (2005). *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Sonego, J. C. (2007). *A experiência da maternidade em mães adotivas*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado em 10 de julho de 2013, de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13408/000641877.pdf?sequence=1>.

Spotorno, P. M. (2005). *Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado em 10 de julho de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000200010&script=sci_arttext).

Trindade, Z. A., & Enumo, S. R. F. (2002). Triste e Incompleta: Uma Visão Feminina da Mulher Infértil. *Psicologia USP*, 13(2), 151-182. Recuperado em 08 de dezembro de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000200010&script=sci_arttext)

Universidade Federal de Juiz De Fora /UFJF. (n.d.). Hospital Universitário. Recuperado em 20 de agosto de 2013, de <http://www.hu.ufjf.br>

Zalcborg, M. *Amor paixão feminina*. Rio de Janeiro: Elsevier. 2007.

Zalcborg, M. *A relação mãe e filha*. Rio de Janeiro: Elsevier. 2003.

Warren, M. P & Fried, J. L. (2001). Hypothalamic amenorrhea. The effects of environmental stresses on the reproductive system: a central effect of the central nervous system. *Endocrinology and Metabolism Clinics Of North American*, 30 (6), 11-12.

World Health Organization (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*, 24 (11), 2683–2687. Recuperado em 08 de junho de 2013, de [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art\\_terminology.pdf?ua=1](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology.pdf?ua=1)

## **APÊNDICE A - Roteiro para análise documental – prontuário**

**Título: Infertilidade e Medo: Uma possível relação sob o olhar da psicanálise**

Pesquisador principal: Natália Machado Brito

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Prontuário: \_\_\_\_\_

- Evidenciar se a paciente foi diagnosticada com infertilidade sem causa aparente.
- Evidenciar se a paciente apresenta alguma doença orgânica, que pode ser de ordem psicossomática.
- Investigar possíveis relatos de estresse
- Investigar possíveis sintomas neuróticos: como fobia, ataque de pânico e expectativa temerosa.



## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

### **Título: Infertilidade e Medo: Uma possível relação sob o olhar da psicanálise**

Pesquisador principal: Natália Machado Brito

#### ENTREVISTA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Prontuário: \_\_\_\_\_

#### Perguntas objetivas

##### **Dados de identificação:**

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Profissão/trabalho atual: \_\_\_\_\_

Composição familiar \_\_\_\_\_

1. O que sabe sobre o diagnóstico
2. O que a estaria impedindo de engravidar?
3. O que é para você maternidade?
4. O que representa para você ser mãe?
5. História de quando estava tentando engravidar, antes de ter iniciado o tratamento de infertilidade.
6. Vivencia de algum acontecimento que a marcou, anterior à decisão de engravidar?
7. Lembrança de ter vivenciado alguma situação estressante ou de medo nesta época?
8. Faz ou já fez tratamento psiquiátrico e/ou psicológico? Qual (is)? Quando? Por quê?
9. Faz uso de algum medicamento psiquiátrico? Qual (is)?
10. Como você avalia seu nível de ansiedade?
11. Como você avalia seu estado de humor?
12. Possui alguma doença ou se lembra de ter passado mal ou precisar ficar internada?



## **APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF

*36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL*

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Infertilidade e Medo: Uma possível relação sob o olhar da psicanálise”. Nesta pesquisa pretendemos pesquisar se existe uma possível relação entre a infertilidade sem causa aparente e o medo, a partir da teoria psicanalítica.

O motivo que nos leva a estudar esse tema baseia-se no fato de que existem poucos estudos quanto à atuação de fatores psíquicos no processo de infertilidade, restringindo, com isso, as possibilidades de assistência às pacientes.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: realização de uma entrevista semiestruturada com as participantes da pesquisa e gravações em áudio destas entrevistas, a qual será acompanhada por um diário de campo. Realizaremos as transcrições do material, mas estas informações são confidenciais, ou seja, será preservado o anonimato da participante. Esse estudo apresenta risco mínimo, ou seja, não prevê riscos de ordem psicológica, emocional, material, física, social, cultural e/ou espiritual dos sujeitos participantes. etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Hospital Universitário da Universidade Federal de

Juiz de Fora e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informada dos objetivos da pesquisa “Infertilidade e Medo: Uma possível relação sob o olhar da psicanálise”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

---

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

---

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102- 3788 / E-MAIL: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: NATÁLIA MACHADO BRITO

ENDEREÇO: RUA ESPIRITO SANTO, 1190/501

CEP: 36016200 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 91233535

E-MAIL: NATBRITOPSICO@YAHOO.COM.BR