

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e  
Extensão

DESEJO DE MATERNIDADE E AS  
TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO  
ASSISTIDA – ENTRE A PSICANÁLISE  
E A MEDICINA.

Monografia apresentada para conclusão do Curso de Teoria Psicanalítica

Aluna: Maria Eugenia Simões Onofre de Santi

Orientadora : Professora Doutora Adela Stoppel de Gueller



maria eugenia de Santi 2/7/13 20:51

**Deleted:** - ... [1]

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:51

**Formatted:** Left

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:51

**Deleted:** - ... [2]

## INTRODUÇÃO

Este texto representa um trabalho de reflexão sobre minha experiência de 20 anos de atuação como médica ginecologista e obstetra e, em especial, na área de medicina reprodutiva. Ele tem como ponto de partida questões despertadas em situações específicas do campo clínico. A primeira, o momento do nascimento de uma criança; cena que representa o coroar de uma espera e, muitas vezes, a realização de um desejo: o desejo de ser mãe, que pode não corresponder ao que a mulher encontra quando tem um filho. Ou seja, desejar ter um filho é muito diferente de ser mãe. Uma situação experimentada pelos pais de forma muito intensa e plena. Quando se escuta o primeiro choro da criança na sala de parto, há uma explosão de afetos. Não há emoção comparável.

O segundo foco de observação clínica é a situação de infertilidade. Experimentada como uma limitação extrema, talvez primitiva (hipótese dessa investigação), que deflagra no casal sofrimento, angústia, culpa, sensações de desprivilegio perante seu convívio social, tornando-o frágil e vulnerável. Isso abre espaço para que o casal se enrede na busca de uma gravidez a qualquer custo, peregrinando em diversos centros médicos durante longo período, submetendo-se a tratamentos incertos e invasivos, buscando recursos para comprar um sonho vendido pela ciência e pela mídia, que encontra terreno fértil no ideal social representado pela maternidade. Desta situação, deflagram-se também questionamentos éticos.

Um casal pode escolher uma vida sem filhos, mas, não poder tê-los encontra-se em outro campo da vivência emocional, impossibilidade essa muitas vezes de graves consequências para a vida da mulher e do casal: "se tantas mulheres podem ter filhos, por que eu não posso?"

Não é fácil para um médico teorizar no campo da psicanálise, uma vez que a formação profissional, e até mesmo a linguagem envolvida estão em âmbitos muito distintos, mas no escopo desse tema gostaria de refletir sobre as seguintes indagações: o

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:52

Deleted: .

... [3]

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:53

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:53

Deleted:

Adela 30/6/13 20:17

Moved (insertion) [1]

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:53

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:53

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:53

Deleted: .

Adela 30/6/13 20:17

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:53

Deleted: .

Adela 30/6/13 20:17

**Moved up [1]:** Uma situação experimentada pelos pais de forma muito intensa e plena. Quando se escuta o primeiro choro da criança na sala de parto, há uma explosão de afetos. Não há emoção comparável. .

Adela 30/6/13 20:17

Deleted: .

Adela 30/6/13 20:18

Deleted: -se

Adela 30/6/13 20:18

Deleted: . N

que é o desejo de ter um filho? A que representações, individuais ou sociais, está colado este desejo? No outro extremo, quando esse desejo não se realiza, que consequências isto pode trazer? É possível elaborar a não realização desse desejo através da adoção ou de outros caminhos? Que papel a medicina reprodutiva desempenha nessas vivências? Estabelecem-se equações simbólicas dos dois lados: o lado do paciente e também de quem o atende: médico, enfermeiro, embriologista, psicólogo. Por isso, é fundamental que possa haver intersecção entre o discurso médico e o campo da subjetividade.

Busquei respostas na leitura de alguns autores, que constituíram o embasamento teórico para essa monografia. No primeiro capítulo, discorrerei sobre situações da vivência clínica e da medicina reprodutiva no âmbito pessoal que nortearam a curiosidade de um médico a buscar suas respostas na teoria psicanalítica. Escutar foi o melhor instrumento clínico. No capítulo seguinte, pretendo percorrer o discurso teórico do desejo de ter filhos na obra freudiana, através dos textos *Sobre as teorias sexuais das crianças* (1908), *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (1925), *Sexualidade feminina e feminilidade* (1931\32) e *Dissolução do complexo de Édipo* (1924), para dar alicerce à minha hipótese de que existe algo que funciona como primitivo, embora não seja chamado de instintivo, no desejo de ter um filho. As questões narcísicas envolvidas no desejo e na impossibilidade de gerar, do filho imaginário e nas interações entre pacientes, biotecnologia e a equipe médica também serão pensadas através do trabalho de Marie-Magdeleine Chatel, no Capítulo 3. Em Piera Aulagnier, encontrei considerações metapsicológicas acerca da mudança de categoria de investimentos do prazer em direção à necessidade nas relações aditivas e passionais, que nortearam indagações sobre a dor da gravidez que não acontece e nos insucessos das técnicas de reprodução assistida. No quarto e último capítulo, trabalharei o discurso de Orlando Coser, no texto "Psicanálise e Biotecnologia: entre teoria e prática", possibilidade de uma articulação interdisciplinar entre a área psi e a área médica, ponto fundamental da linha de pensamento defendida nessa monografia.

Quero aqui poder encontrar fundamentos teóricos que me auxiliem a decifrar a profundidade do sofrimento das mulheres que querem um filho, mas não conseguem engravidar e necessitam buscar na medicina reprodutiva instrumentos para tal. Como já citei anteriormente, com frequência trata-se de mulheres que escolheram postergar essa escolha, ou seja, viveram plenamente suas duas, três ou quatro décadas estudando, trabalhando, compondo sua realização na carreira e na vida financeira sem

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:54

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:54

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:54

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:54

Deleted: -

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:54

Deleted: ~~Page Break~~

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:54

Formatted: Right: -0,5 cm

Adela 30/6/13 23:06

Moved (insertion) [2]

que um filho representasse seu objeto principal de desejo. Mas no momento em que se propõem a engravidar, as condições biológicas já não são tão favoráveis. Ora, nesse momento, o filho que ainda não veio passa a ser o foco principal de todos os investimentos dessas mulheres e a impossibilidade abre-se como uma ferida narcísica. É como se sua realização pessoal dependesse exclusivamente desse novo projeto. E na prática, realmente observamos com frequência casais que se prendem numa rede e se tornam reféns de exames, tratamentos e novas possibilidades. Se o desejo de um filho não havia sido a única forma de realização até então, por qual motivo tornou-se a única forma de ser feliz, a partir da impossibilidade?

## CAPÍTULO 1

O período de formação do curso médico segue algumas etapas regulares nos primeiros seis anos da graduação. Nessa etapa, experimenta-se um contato geral com o **processo** de “diagnosticar” e tratar doenças. No final do sexto ano, há um novo “vestibular”, que é a busca de vagas de residência médica. Isso representa todo o stress que um concurso pode representar, sempre com o número de vagas inferior ao número de candidatos, bem como efetivamente uma segunda e importante **escolha**: a especialidade a ser seguida. Muitos optam por uma decisão baseada em suas habilidades técnicas; as especialidades cirúrgicas, ou imagem, radiologia, exames anátomo-patológicos, que exigem menos contato com o paciente. Oncologia, pediatria, dermatologia..., decisão muitas vezes baseada nas relações positivas estabelecidas com **mestres, família e história pessoal**. Quando escolhi a ginecologia, vislumbrei o universo de histórias que cada mulher trazia para dentro de sua consulta médica: as diversas etapas da vida sexual e reprodutiva, mas também da vida afetiva estavam ali, representadas em seus sinais e sintomas clínicos: a adolescência, o início da vida sexual, as enormes e conflitantes mudanças advindas da maternidade, o climatério e suas dores.

A leitura de *Por quê a Psicanálise?*, de Elisabeth Roudinesco, traz reflexões sobre situações da contemporaneidade, sobretudo no relacionamento dos pacientes com seus conflitos. Se, de um lado os modelos de felicidade são cada vez mais exigentes e atroztes, de outro, necessita-se de soluções rápidas e eficazes para obturar todo o tipo de dor, ainda que não possamos nomeá-las.

O primeiro contato que tive com esse pensamento se deu ao atender um casal então **18 meses** após o parto. Havia uma queixa/demanda importante: que eu prescrevesse um medicamento eficaz para imediatamente “secar” o leite materno, pois nessa altura ainda era produzido. A criança já havia sido desmamada e passava o dia em uma creche, aparentemente sem nenhum problema e aceitando bem qualquer tipo de alimento. Ao aproximar-se da mãe, no fim do dia, imediatamente pedia o seio e não aceitava, na presença dela, nenhuma outra forma de alimento. Isso se repetia a cada duas horas no

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:55

Deleted:

decorrer da noite e madrugada. A mãe trabalhava o dia todo e, a partir daquele mês, retomaria seu curso noturno de graduação, daí a preocupação de parar de amamentar, para que a criança pudesse prescindir do atendimento materno durante a noite. O que chamou minha atenção aqui é que, até a conclusão do curso superior, mãe e filha passariam então mais horas sem contato. A bebê seria cuidada pelo pai e provavelmente, pela nova rotina, as duas só se encontrariam pela manhã, antes do trabalho. Já haviam consultado o pediatra, que concluiu ser uma criança “faminta”. Orientou o casal a “engrossar” (com farináceos) as mamadeiras diurnas oferecidas na creche. Isso já havia sido feito, sem sucesso, e podia ser perfeitamente observado, por tratar-se de uma criança já com sobrepeso para a idade. Em nutrição, é chamado de “bebê farináceo”, pois as bochechas e “dobrinhas” denotam a dieta supercalórica. Não sei o que me fez retroceder ao receituário; seria muito prático e objetivo em apenas uma injeção prescrita “secar” o leite materno. Alguma coisa naquele pedido estava fora do lugar, embora não pudesse definir o quê. Parecia-me que a mãe é que precisava das horas de amamentação, embora o bebê efetivamente as solicitasse, mimetizando a necessidade materna. Conversamos longamente sobre a rotina da “nova” vida. Pedi alguns exames e que voltassem em uma semana, com a ideia que, não eles, mas sim eu pudesse então elaborar uma alternativa. Fui como que atingida (novamente) por esse sentimento ao percorrer o texto de Elisabeth Roudinesco, onde ela trata das condições de atendimento dos médicos franceses e a prescrição maciça de psicotrópicos: “inquietos, insatisfeitos e atormentados pelos laboratórios..., impotentes para escutar uma dor psíquica que os transcende cotidianamente, parecem não ter outra solução...” (Roudinesco, 2000,p.31).

Voltando à situação clínica inicial, vale concluir que a criança deixou o peito e passou a dormir a noite toda, a partir do momento em que a mãe decidiu abdicar da jornada integral, trabalhando meio período, estudando à noite e permanecendo com a filha durante a tarde. O leite exauriu espontaneamente a partir de então e as noites passaram a transcorrer melhor para o pai, a mãe e para o bebê. Ainda nesse contexto, meses mais tarde tive acesso a detalhes da infância de minha paciente que então desconhecia: sua mãe havia abandonado a família quando ela não tinha ainda onze anos. O pai assumiu integralmente os cuidados da casa e ela ajudava a tomar conta do irmão, seis anos mais novo. Esse veio a falecer tragicamente aos 7 anos de idade (portanto, quando minha paciente tinha 13), ao cair da janela do sobrado onde moravam. Através da experiência desse caso, que aconteceu muitos anos antes de qualquer contato com bases teóricas da psicanálise, pude inferir que a escuta clínica está muito além do que pode ser dito pelo paciente.

Se na Salpêtrière de Charcot as histéricas se contraíam e convulsionavam, hoje as mulheres são assoladas por uma infinidade de doenças ginecológicas de difícil explicação, como focos sangrantes (endometriose) que atingem sua pelve de forma disseminada, atingindo outros órgãos gerando dores ou infertilidade, e mesmo grandes congressos internacionais não dão conta de evidenciar sua causa ou tratamento efetivo. Mas, apenas de forma empírica, conclui-se que incidem em determinados grupos, por sinal daquelas que silenciam seus conflitos.

Nessa linha de reflexão, questionei que sentido fizeram e ocuparam em minha vida profissional tais questões, que expandiram meu interesse para a leitura e estudo da psicanálise. Em que momento dos vinte anos de exercício da medicina, de forma mais profunda ainda no acompanhamento de casais inférteis e aplicação de técnicas avançadíssimas de reprodução assistida, deparei-me com essas inquietações? Ao escolher acompanhar casais inférteis, sabia que a trajetória de estudos seria muito longa: três a quatro anos dedicados a formação geral na ginecologia e obstetrícia. Mais dois ou três anos estudando as relações neuro-endocrinológicas relacionadas aos processos de fertilização. Algum tempo dedicado a técnicas de ultra-sonografia. A seguir, mais alguns anos mergulhada no laboratório de manipulação de óvulos e embriões e na delicadíssima técnica de manuseá-los: **poder “tocar” na vida**, ou pelo menos no maior símbolo físico que pode originá-la. Isso é, no mínimo, inquietante. Questiono-me também se boa parte do sucesso e principalmente, do insucesso da aplicação de tais técnicas encontra-se fora do âmbito da clínica e do laboratório e dentro do campo dos recursos psíquicos, da vontade e do desejo.

A formação médica, como bem se observa em vários momentos na leitura de Roudinesco, é absolutamente pragmática, classificatória, “quantificativa” e filiada a resultados. Busca-se agrupar sintomas e sinais na missão de elucidá-los, de forma quase lúdica, desafiadora, para então atingi-los e “eliminá-los”. A isso chamamos “cura”. Tais sintomas e sinais compõem o que chamamos de doenças, quase nunca de “doentes”. Que ideais estão envolvidos na demanda a tratamentos desgastantes e de grande investimento (financeiro e psíquico)? Que equivalentes entram em jogo quando dissocia-se a procriação do ato sexual? Quando fala-se em óvulos e espermatozóides provenientes de terceiros, embriões congelados, escolha do sexo dos filhos e a possibilidade de “descartar” aqueles que não são geneticamente ‘normais’.

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:56

Deleted:

### Ampliando a escuta médica

No caso específico da reprodução assistida, diria que meu percurso e o interesse pela escuta “psi” foi semelhante ao caso da mãe e do bebê citados anteriormente. Inquietava-me como os casais traziam algo de comum nos seus relatos: histórias de longos anos pesquisando a infertilidade, na mão um calhamaço infinito de exames já realizados, para tentar decifrar a causa da impossibilidade de gerar filhos. A postura sempre desafiadora, angustiada, imperativa e demandante. Inquietava-me também como muitos dos meus colegas médicos generalistas atendiam esses casos, já os encaminhando diretamente a um especialista, sem nenhuma investigação preliminar. Já ouvi de muitos colegas: “estou encaminhando o casal fulano; não pedi nenhum exame porque *não tenho paciência, não aguento* atender esses casos.” Comentário que ouvi de uma recepcionista num hospital, orientando sua colega recém-admitida: “quando você vir um casal bem nervoso, trazendo na mão uma pasta cheia de exames, não precisa perguntar nada. Encaminhe direto pro setor da Esterilidade”.

Uma paciente contava-me, nas primeiras consultas de Pré-Natal, como tinham transcorrido os últimos seis anos de sua vida: “Tentei engravidar durante seis anos. Fiz quatro inseminações, três bebês de proveta. Vivia dividindo meu tempo entre iniciar um tratamento, aguardar o seu resultado, juntar forças e grana para iniciar o seguinte. Eu contei cada menstruação desses últimos seis anos, pois esse dia era de novo e de novo o pior dia da minha vida. Eu tenho um casamento ótimo, adoro meu trabalho, mas era como se isso tudo não valesse nada. Eu tinha uma obsessão. Agora que engravidei, não sei por onde começar”. Acho que esse relato representa um panorama das perguntas que a medicina não responde e que me levaram a estudar psicanálise. Relato outra situação clínica: uma mulher de mais ou menos quarenta anos, depressiva, em acompanhamento psiquiátrico de longa data, planejava cometer suicídio. Um dia, no retorno do trabalho, ao cruzar a pé um viaduto sobre uma via expressa de grande movimento, encheu-se de coragem, atravessou a grade de segurança e se preparou para atirar-se sob o movimento dos carros. Quando ia atirar-se, viu uma mãe que passava pelo viaduto com um bebê no colo, estender-lhe a mão e lhe pedir que voltasse. E ela voltou. Sem dúvida, o símbolo da maternidade nos remete a afetos muito primitivos.

Um casal é orientado a buscar auxílio na investigação de uma provável infertilidade, após um ano de relações sexuais desprotegidas onde não alcança gravidez. A ASRM (*American Society of Reproductive Medicine*) em seus *guidelines* para clínicos, define infertilidade como sendo uma **doença** onde não se alcança uma gravidez após um ano

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:56

Deleted: -

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:56

Deleted: -

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:56

Deleted: -

... [4]

de relações sexuais sem o uso de nenhum método contraceptivo. Em 50% dos casos, causas diretas e palpáveis podem ser encontradas, como problemas relacionados ao trato reprodutivo feminino (obstrução das trompas, por exemplo), ou à produção de espermatozoides. No entanto, nos outros 50%, por mais que se pesquise e investigue, tais causas não são encontradas, situações onde o casal fica aprisionado numa teia infinita de busca por respostas. Quanto à possibilidade de transpor essas deficiências através das técnicas de reprodução assistida, precisamos partir do seguinte dado estatístico: o pico de fertilidade da vida reprodutiva feminina ocorre aos 23 anos de idade. Nessa fase, uma relação sexual no período fértil trará a gravidez em 15 a 18% dos casos, ou seja, o potencial reprodutivo de nossa espécie é muito baixo, quando comparado a outros mamíferos. Uma técnica de reprodução assistida poderá auxiliar a transpor uma deficiência, mas jamais trará a onipotência de eliminá-la. Quero dizer com isso que, quando muito, oferecemos ao casal uma chance de sucesso em torno de 30 a 40% dos casos. Cada procedimento já traz por si um risco grande de insucesso; bastante diferente das inseminações veterinárias, onde a fertilização ocorre em 90%. Se as técnicas laboratoriais são idênticas, por quê os humanos só engravidam em 30% das vezes, enquanto outros animais alcançam 90%? É interessante ver a forma quase uníssona com que os casais enfrentam a situação de insucesso, quando explicamos que as técnicas podem “elevar” as taxas a 30-40%, ou seja, propiciar a fertilidade, mas nunca fazer delas um meio distorcido e absoluto de gerar filhos. Quando deparamo-nos com um insucesso, a despeito de quanto tempo nos dedicamos a explicar que não há garantias absolutas, invariavelmente temos que responder à pergunta: “Mas afinal de contas, tudo parecia tão bem. Por quê não deu certo conosco?”.

Para que um casal submeta-se a tamanho investimento, devemos crer que são movidos por um imenso desejo. Que desejo é esse? E quanto às pacientes que nos contam que não desejam tê-los? Será que deslocam esse mesmo desejo a outras instâncias? Observo nas pacientes que optaram por não serem mães invariavelmente uma necessidade de justificar tal escolha. Por outro lado, as vivências de infertilidade são abordadas pelos parentes e amigos como um trágico infortúnio; todos ficam penalizados diante da impossibilidade de ser mãe.

#### As técnicas de reprodução assistida e a arquitetura simbólica

Já comentei em outras partes desse capítulo que a submissão a técnicas de tratamento tão exigentes do ponto de vista financeiro e psíquico, advém de uma demanda, de um sonho, de um desejo. Se de um lado, há a demanda, por outro se

Adela 30/6/13 20:37

Deleted:

maría eugenia de Santi 2/7/13 20:57

Deleted:

... [5]

escancara a oferta (vide capítulo dedicado a Marie-Magdeleine Chatel): existe hoje um grande mercado no campo da reprodução assistida, todos conhecem pessoas que já passaram por um processo assim, e já ouviram indicações de médicos e clínicas. Em muitos casos, falamos de casais heterossexuais que obtiveram um diagnóstico de infertilidade. Mas podemos falar também de um contingente enorme de situações e seu aspecto simbólico. A utilização das técnicas de reprodução assistida como instrumentos para auxiliar a quem postergou a gravidez a idades mais avançadas (após os 35-40 anos da mulher), acabam por vir ao encontro de um caminho aparentemente lógico a percorrer: à diferença das mulheres do final do século XIX e início do século XX analisadas por Freud, onde o casamento e a maternidade representavam, na grande maioria, o ápice de suas vidas, temos hoje os ideais de conquistas profissionais e financeiras e o controle contraceptivo como possibilidade de escolha do exercício da sexualidade. Os filhos viriam, então, após a consolidação dessas outras etapas, quando biologicamente a fertilidade estaria em declínio. Por outro lado, também como consequência dos novos hábitos da vida contemporânea, observamos com grande frequência a procura dessas técnicas para sanar quedas substanciais nas taxas masculinas de fertilidade, devido ao stress, tabagismo, uso de álcool e drogas e alimentação rica em hormônios e conservantes artificiais.

É comum atendermos casais de homossexuais, femininos e masculinos, no seu desejo ou no sonho de constituir uma família. Nessa linha, um filho biológico, gerado do óvulo ou espermatozóide de um dos cônjuges, misturado ao doado por anônimos, vêm se sobrepôr à ideia de adoção. Aqui, inicia-se uma quimera de possibilidades, imbricadas nos mais amplos aspectos psicológicos, éticos, morais, filosóficos e legais: desejos e fantasias quando se trata de gametas (óvulos ou espermatozoides) doados por terceiros, anônimos ao processo; ter a herança de três pessoas envolvidas nas figuras parentais, ou ser gerado por um parente próximo na impossibilidade do útero materno; por mães solteiras como “produção independente”, gametas ou embriões que permanecem congelados por tempo indeterminado, gerar embriões para servirem como fonte celular para sanar doenças graves adquiridas por seus “irmãos” biológicos. Esses conceitos foram abordados por Melgar (1995):

“A percepção e o conhecimento de um fazedor externo de vida, de uma cena primária tecnológica e de um ato de engendramento que acontece no exterior do corpo é algo inédito, mutativo, quiçá revolucionário. Em todo caso, é uma nova abertura ao desconhecido, outro interrogante à cena primária.”

No texto “Questões psicossociais da reprodução humana assistida: reflexões (in) pertinentes”, proposto por Julieta Quayle no I Consenso de Psicologia em Reprodução

Assistida (São Paulo, agosto de 2008; texto não publicado) a autora cita o caso de Thomas Beatie, um transexual americano que submeteu-se à cirurgia de mudança de sexo, optando por manter-se fenotipicamente masculino com seus ovários e útero intactos. Posteriormente, engravidou e deu à luz a uma menina, em julho de 2008. A imprensa americana veiculou a seguinte fala:

*"I have a very stable male gender identity. I see pregnancy as a process, and it doesn't define who I am. It's not a male or female desire to want a child... It's a human desire. I am a person, and I have the right to have my own biological child"*

É nesse contexto que cito os títulos abordados por Martha Célia Ramirez em sua tese de doutorado (Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro), defendida em 2003, no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp. Seus capítulos recebem os seguintes títulos: Corpos sem pessoa, Receita de bebê, As clientes da cegonha tecnológica, os filhos como prescrição na cultura do consumo biotecnológico, modelos subversivos ou compulsórios de sexualidade.

No ano de 1999, viajei aos Estados Unidos para visitar um pesquisador que então vislumbrava uma tecnologia para congelar o tecido ovariano de mulheres portadoras de câncer, com a finalidade de possibilitar-lhes uma possível gestação após encerrados os processos de quimio e radioterapia, que com grande frequência comprometem a fertilidade. Assim que voltei, atendemos uma paciente de 14 anos de idade portadora de linfoma; oferecemos congelar pequenos fragmentos de seu ovário, a despeito de desconhecer suas reais chances de cura da doença, bem como do retorno à fertilidade pós quimioterapia. Aos dezoito anos, ela faleceu e o material permaneceu congelado, pois legalmente desconhecíamos o destino que seria dado a ele. Em um curto intervalo de tempo, fomos procurados por sua mãe, com uma reivindicação: que os óvulos congelados da menina falecida fossem fertilizados com o sêmen de seu atual marido (padrasto de nossa paciente) e que os embriões fossem gerados em seu útero: gestar seu neto genético, filho de seu marido. Dizia essa mãe que resgataria na criança advinda desse processo, a perda de sua filha, tão amada e tão jovem. Que outras fantasias poderiam estar submersas nesse complexo projeto narcísico?

Por outro lado, o que dizer dos casais que buscam a gravidez em diversos tratamentos sem sucesso, e essa advém espontaneamente após "desistirem", ou após adotarem uma criança. Como cita uma geneticista bastante conceituada em nosso meio, após uma gravidez muito almejada, é como se houvesse um "reset" no aparelho reprodutor e a fertilidade é restaurada. Embora não se configure na medicina o termo "causas psíquicas de infertilidade", acredito verdadeiramente que o inconsciente

Adela 30/6/13 20:43

Deleted:

Maria Eugenia 2/7/13 20:13

Formatted: English (US)

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:40

Deleted: No capítulo xx pagxx, refere-se à fetichização dos genes.

Adela 30/6/13 20:58

Formatted: Highlight

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:57

Deleted:

desempenhe fortes arranjos, ainda que não possamos decifrá-los. Isso pode ser escutado na fala de nossas pacientes: “tive filho com doutor fulano; eu o recomendo. Ou mesmo nos colegas clínicos: “engravidei sra. Fulana de tal...”. Ou num caso em que cuidei, de um casal homossexual que buscava a gravidez, mas a paciente que deveria receber os embriões tinha o hímen íntegro. Ao interroga-las sobre o que fazer tecnicamente, não hesitaram em responder que eu é que haveria de rompê-lo. É impossível não refletir sobre essas experiências. Trata-se de determinismo psíquico inconsciente ou de arranjos que os sujeitos fazem para subjetivar as experiências que o real da tecnologia possibilita nos dias de hoje ?

Cito ainda uma outra situação clínica: Ester, de 38 anos, havia lidado naquele ano com grandes perdas: um amor, o emprego, o roubo de seu carro. No final do mesmo ano, sua mãe viera a falecer. Procurou-me então pois tinha o grande desejo de ser mãe e achou que já passava da hora, embora não tivesse nenhum relacionamento afetivo naquele momento. Clinicamente, parecia-me extremamente difícil: múltiplos miomas uterinos; o útero praticamente deformado. Após pensar muito, sugeri que realizasse uma fertilização in vitro sem nenhuma abordagem prévia dos miomas. Seria muito difícil engravidar nessa situação, mas operar os miomas também não garantiria maior chance de sucesso. Após retornar de uma viagem onde foi propor a paternidade a um antigo namorado, iniciamos o processo. O tratamento transcorreu de forma muito restrita. Somente um embrião foi transferido ao útero, situação essa de prognóstico ruim, devido à escassez de óvulos recrutados durante a estimulação da ovulação. Antes de abrir o teste de gravidez, eu estava preparada para uma resposta negativa. Quando veio o positivo, surpreendi-me. Teve uma gravidez tranquila de uma menina. Após o nascimento, ela, a bebê e o pai passaram a viver juntos. Um ano depois, voltamos a nos ver; Ester, aos quarenta anos, havia engravidado novamente (dessa vez naturalmente), de gêmeos.

Como entender situações como essas, onde a ciência não vislumbra boas chances, mas os resultados são positivos? O que dizer do oposto, onde o prognóstico é perfeito, mas a gravidez não acontece? Myriam Szejer faz essa reflexão:

“desejo, para os psicanalistas, não pertence apenas à ordem do consciente. Pode-se afirmar – de boa fé – que se deseja um filho e inconscientemente, não deseja-lo, por razões que escapam e dizem respeito à história particular de cada um. Pode –se também fazer de tudo para não ter filho, porque isso não é razoável, não é o momento, a situação não é adequada, e simplesmente faze-lo porque o desejo inconsciente é mais forte que todas as decisões racionais. Às vezes acontece que o desejo inconsciente se articula com a vontade consciente ... Mas, também ocorrem conflitos entre o desejo inconsciente e a vontade consciente. É o que produz as famosas falhas: um

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:57

Deleted:

preservativo mal colocado ou a pílula esquecida .São atos falhos que podem ser entendidos como discursos(do inconsciente) bem sucedidos.” Pág 56.

## CAPÍTULO 2 : O desejo de ter filhos na obra de Freud

Nesse capítulo, investigarei o desejo de ter filhos à luz de alguns textos freudianos. Para tanto, partiremos de dois conceitos fundamentais da psicanálise: a perspectiva do desejo como manifestação do inconsciente e a dissolução do complexo de Édipo como constituinte da subjetividade. Na subjetividade feminina em especial, o desejo de ter um filho configura uma das saídas possíveis para o complexo de castração.

Citei no capítulo anterior que a significação da maternidade remete-nos a afetos muito primitivos. Partiremos da definição de desejo no vocabulário da psicanálise (Laplanche e Pontalis):

“É na teoria do sonho que mais claramente se define o que Freud define por *wunsch*, permitindo assim diferenciar esse de alguns conceitos afins. (...). A concepção freudiana do desejo diz respeito por excelência ao desejo inconsciente, ligado a sinais infantis indestrutíveis.” Pág 158.

Entendemos disso que um desejo pode ou não ser expresso no plano consciente, mas sua origem é inconsciente. Um desejo não pode ser plenamente satisfeito, pois marca uma falta. Fundamentalmente, desejar não é sinônimo de querer ou ter vontade.

No capítulo 7 de *A interpretação dos sonhos*, Freud afirma que só um desejo pode por em movimento o aparelho psíquico. Então, apresenta sua definição do conceito ao imaginar como teria se originado o aparelho. Inicialmente, este tendia simplesmente a descarregar as excitações chegadas a ele. Mas o bebê humano, no estado de desamparo em que nasce, não é capaz de realizar ações específicas que o libertem das excitações. O que ele pode fazer para descarregar a tensão é chorar espasmodicamente, ainda sem intenção comunicativa. Quando este choro atrai a mãe, ela atende o bebê e o amamenta, produzindo uma experiência de satisfação. Diz Freud:

“Em decorrência do vínculo assim estabelecido, na próxima vez em que essa necessidade for despertada, surgirá de imediato uma moção psíquica que procurará recatexizar a imagem mnêmica da percepção e reevocar a própria percepção, isto é, restabelecer a situação da satisfação original. Uma moção dessa espécie é o que chamamos de desejo; o reaparecimento da percepção é a realização do desejo”. (P. 322)

Embora esta obra esteja muito distante no tempo das elaborações posteriores sobre o narcisismo e o complexo de Édipo, podemos perceber que a definição de desejo traz a

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:57

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:58

Deleted:

marca de anseio pelo preenchimento de uma falta e da restituição de uma situação original de intenso prazer. Além disso, as articulações do desejo não são da ordem da necessidade ou da exigência e, por estarem sujeitas à censura (no caso, do super-ego), podem ser mascarados por fortes ambivalências. Daqui partimos para pensar no desejo como baseado em fantasias infantis indestrutíveis, originadas nos fundamentos da estrutura psíquica.

Que fundamentos são esses? Aqueles designados pela renúncia ao narcisismo infantil, na travessia do complexo de Édipo e no complexo de castração. Outro ponto de partida à minha reflexão é o seguinte trecho da carta à Fliess datada de 1897:

“Descobri, também em meu próprio caso, o fenômeno de me apaixonar por mamãe e ter ciúme de papai, e agora considero um acontecimento universal do início da infância (...) Se assim for, podemos entender o poder de atração do Oedipus Rex (...), mas a lenda grega capta uma compulsão que todos reconhecem, pois cada um pressente sua existência em si mesmo. Cada pessoa na plateia foi, um dia, um Édipo em potencial na fantasia, e cada uma recua, horrorizada, diante da realização de sonho ali transplantada para a realidade, com toda a carga de recalçamento que separa seu estado infantil de seu estado atual.” (CFF, p 273).

Gosto de partir desse trecho, pois nele Freud vislumbra, ante o mito grego e a observação de seus pacientes neuróticos, através de termos como poder, compulsão e destino, algo que é inerente à nossa constituição, mas não pertence à consciência e do qual, frágeis que somos, não podemos escapar. Em *A dissolução do complexo de Édipo* (1924), Freud questiona-se se suas investigações podem ser transportadas para as crianças do sexo feminino. A menina, na sua comparação com o menino, fantasia que saiu-se “pequena demais” (literalmente da tradução brasileira), pois parece não possuir algo que se atribui somente a ele. Ter um bebê representa então uma compensação a essa falta. Imagina, através dessa possibilidade não “dada” aos meninos, poder suprir aquilo que ela não possui:

“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” (Freud, 1924 p. 224).

Em 1931, no texto sobre sexualidade feminina, Freud retoma essa linha de pensamento, elaborando e detalhando ainda mais sua hipótese. A menina, assim como o menino, também tem na mãe seu primeiro objeto de amor, mas ao longo do percurso edípico, vai encontrar “o caminho para o pai” (Freud, 1931, p 259). Há, inicialmente, uma ligação intensa e apaixonada pela mãe, que será substituída por sinais de rivalidade e a

Adela 30/6/13 21:32

Deleted: plateia

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:58

Deleted:

Adela 30/6/13 21:32

Deleted:

seguir, a troca de objeto pelo pai. Essa primeira fase de ligação à mãe foi chamada de pré-edípica. Na conferência de 1932 sobre a feminilidade, (pág. 148), coloca:

“Nem sempre é fácil precisar uma formulação desses desejos sexuais iniciais; o que mais claramente se expressa é um desejo da menina, de ter da mãe um filho, e o desejo correspondente de ela mesma ter um filho – ambos desejos pertencentes ao período fálico e certamente surpreendentes, porém estabelecidos, acima de qualquer dúvida, pela observação analítica.”

A primeira relação com a mãe, arcaica, primitiva, fusional, é marcada então, segundo Freud, pelo desejo da menina de oferecer um filho à sua mãe. A seguir, haverá a separação, a quebra da continuidade, aqui marcada com sentimentos de raiva hostilidade. O “medo de ser assassinada ou envenenada” é citado pelo autor. Essa fase é experimentada por acusações pela insuficiência, pela falta (do leite, do falo) e suas relações simbólicas:

“Foi uma surpresa, no entanto, constatar na análise, que as meninas responsabilizam sua mãe pela falta do pênis nelas e não perdoam por terem sido, desse modo, colocadas em desvantagem” pág. 153.

Surge o que Freud denominou complexo de castração, que também faz parte da constituição psíquica dos meninos, mas de forma um pouco diferente.

Toda menina reconhece a sua incompletude e se angustia com ela, buscando uma saída para esse estado indesejável. Aqui está marcada a “falta” a que nos referimos anteriormente. Segundo Freud, três são essas possíveis saídas: na primeira, uma repulsa a toda forma de sexualidade, ou seja, recusa qualquer forma de erotismo nos diversos campos da vida. Essa saída é representada pela renúncia, em última instância determinada pelo reconhecimento de que sua mãe também é castrada. A segunda possibilidade implica numa atitude desafiadora e afirmativa de sua masculinidade, ou seja, uma atitude fálica de renegar essa diferença:

*“Só se seu desenvolvimento seguir o terceiro caminho, muito indireto, ela atingirá a atitude feminina normal final, em que toma o pai como objeto, encontrando assim o caminho para a forma feminina do complexo de Édipo” (Freud, 1931, pág. 264).*

Ainda:

*“No entanto, a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê, isto é, se um bebê assume o lugar do pênis, consoante uma primitiva equivalência simbólica” (Freud, 1932 pág. 158).*

Nesse contexto, Freud cita-nos ainda a importância e o significado da menina que brinca com suas bonecas: aqui, pode simbolizar no primeiro momento a identificação com sua mãe e uma forma de instrumentalizar a passividade dos cuidados recebidos em atividade (cuidar da boneca como a mãe cuida dela, alimentá-la, cuidar de sua higiene...):

“Não é senão com o surgimento do desejo de ter um pênis que a boneca-bebê se torna obtido de seu pai e, de acordo com isso, o objetivo do mais intenso desejo feminino” pág. 158.

Ao transferir para o pai o desejo de um pênis, iniciará para a menina o complexo de Édipo. Para o menino, a ameaça de ser castrado é o que o separa de sua mãe, em direção à constituição do super-ego.

Desejar, portanto, refere-se ao encontro de um objeto para suprir uma falta. No caso da menina, o falo que ela reconhece que não tem. Outros equivalentes simbólicos entram na articulação dessa falta, conforme o texto de 1917, *Transmutações das pulsões*, especialmente no erotismo anal.

“Se penetramos profundamente na neurose de uma mulher, não poucas vezes deparamos com o desejo reprimido de possuir um pênis, como um homem. Chamamos a esse desejo “inveja do pênis” e incluímo-lo no complexo de castração. Infortúnios casuais na vida de tal mulher, infortúnios que são frequentemente resultado de uma disposição bastante masculina, reativaram esse desejo infantil e, através do fluxo retrospectivo da libido, tornaram-no o principal veículo de seus sintomas neuróticos. Em outras mulheres não encontramos esse desejo de um pênis; é substituído pelo desejo de um bebê, cuja frustração, na vida real, pode levar à eclosão de uma neurose (...) Com outras, ainda, aprendemos que ambos os desejos estavam presentes na sua infância e que um substituiu o outro. De início, haviam desejado um pênis, como os homens; depois, num estágio posterior, embora ainda infantil, surgiu no lugar desse, o desejo de um bebê.

Na medida em que o filho é um representante fálico, a perspectiva de obtê-lo se apresenta como uma restituição narcísica. Para Freud, o narcisismo está na raiz de todo desejo de se ter um filho. Em *Introdução ao narcisismo*, explicita tal relação:

“Quando vemos a atitude terna de muitos pais para com seus filhos, temos de reconhecê-la como revivência e reprodução de seu próprio narcisismo há muito abandonado. Como todos sabem, a nítida marca da superestimação, que já na escolha de objeto apreciamos como estigma narcísico, domina essa relação afetiva. Os pais são levados a atribuir à criança todas as perfeições e a ocultar e esquecer todos os defeitos...” Pág 36.

De fato, ter um filho é um projeto narcísico. Os pais imaginam que seus filhos serão versões melhoradas de si mesmos; que terão recursos que eles não tiveram; não passarão pelas dificuldades pelas quais passaram; serão aceitos e amados. A própria escolha do nome da criança simboliza essa restituição narcísica. Primeira e clássica pergunta ao obstetra na sala de parto: "doutor, meu filho é perfeito?". Concluo aqui o que mencionei na introdução desse texto: ser mãe é diferente de ter um filho. O bebê na barriga é um templo do imaginário, um projeto narcísico. O bebê em casa é um conflito identitário, pois ocupa um lugar seu; não é mais uma extensão da mãe. Tem necessidades próprias. Pede que sua mãe seja uma estrangeira na própria casa, uma vez que não poderá mais comer, vestir-se, dormir ou ir ao banheiro na hora que quiser, mas quando as necessidades do bebê permitirem (Escrita freudiana: "sua majestade, o bebê). Definição dada por uma paciente no primeiro mês de seu filho: "doutora, sequestraram a minha vida." Em cada fase da vida dessa criança, a mãe se deparará com essa alteridade.

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:58

Deleted: .

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:58

Formatted: Indent: First line: 0 cm

\_\_\_ No texto *Sobre as teorias sexuais das crianças* (1908), Freud nos relata que um menino de cinco anos observou as modificações no corpo da mãe, quando grávida de sua irmã, e passou a relacionar o aumento do volume de seu abdome ao aparecimento da irmã. Esse enigma (contemplando o desconhecido, o proibido, provocativo, o excitante) dispara na criança o trabalho de investigação intelectual, já sob a influência dos componentes sexuais. Nasce aqui aquela que é para Freud a primeira questão que se coloca às pessoas: de onde vêm os bebês? Cada criança responderá a essa questão com suas fantasias, que serão conflitantes com as respostas dadas pelos adultos às suas indagações. A fantasia de que algo está sendo escondido, somada àquela de que o pai também deve ter a ver com isso, será depois reprimida, constituindo-se assim o complexo nuclear da neurose, mais tarde denominado de conflito edípico. Mesmo que cheguem à criança informações precisas sobre o processo de gestação, elas não poderão ser compreendidas. Assim, Freud encerra esse texto:

“Por mais diversas que sejam as reações posteriores das crianças à satisfação de sua curiosidade sexual, podemos supor que nos primeiros anos da infância sua atitude era absolutamente uniforme, e ter a certeza de que nesse período todas elas tentaram ansiosamente descobrir o que os pais faziam um com o outro para terem bebês.” (Freud, 1908, p. 228).

A investigação sexual infantil não é um dado solto no tempo: advém da percepção de que essa criança não é mais exclusiva ante o desejo materno, ou seja, está atrelada a uma falta, à perda de um lugar. Essa falta e esse desejo investigativo estão presentes na angústia dos casais que buscam respostas à causa de sua infertilidade, o que os torna reféns das estratégias de marketing e dos chamarizes dos laboratórios, que prometem saldar essa dívida. Resgato aqui aquela imagem, descrita no capítulo anterior, da infinita pasta cheia de exames, *“quando você vir um casal bem nervoso, trazendo na mão um calhamaço de exames, não precisa perguntar nada. Encaminhe direto pro quarto andar, que é a Esterilidade”*. Se é tão primitivo responder à questão de onde vêm os bebês, o que diremos sobre de onde eles **não vêm**? Cabe aqui toda a profundidade dessa ferida; uma situação é a daquele casal que escolhe não ter filhos. Outra experiência psíquica completamente diferente e dolorosa, no sentido da privação, é não poder tê-los. Incompetência, impotência, diferença em relação aos outros casais, falta de merecimento?

**CAPÍTULO 3 : A questão da procriação em Marie-Magdeleine Chatel e Piera Aulagnier**

Marie-Magdeleine Chatel é francesa. Trabalhou na área hospitalar na década de 70 acompanhando mulheres decididas a interromper a gravidez, quando a lei de regulamentação do aborto foi votada na França. Na década de 80, acompanhou também o grande desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida. Dessa experiência, publicou *Malaise das la procréation: les femmes et la médecine de l'énfement*, (*“Mal-Estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução”*) trabalho de referência, citado por diversos autores na bibliografia utilizada . A autora aborda de maneira bastante contundente o desejo de ter filhos e suas relações simbólicas, inclusive dessas com a medicina reprodutiva. Interroga se há o desejo, ou a decisão de ter uma criança. Logo nos primeiros parágrafos, cita uma paciente que procurou auxílio para a realização de um aborto, pois a gravidez era fruto de uma relação com um homem casado e não poderia assumi-la naquele momento. Escreve:

“Um curto instante de felicidade a iluminou, a ideia de ser mãe... A brecha aberta pelo tempo de um relâmpago tornou a se fechar. Mas, muito tempo depois, lembrava-se ainda do clarão de luz que a atravessara.” (pág. 9)

Não inadvertidamente, escolheu os termos: iluminado, relâmpago, luz e clarão. Traz à tona a ideia de que o voto de ter uma criança configura inúmeras fantasias, da própria mulher, do casal e ainda antes desses, dos membros de suas famílias. É como se a maternidade materializasse um feixe de votos e se consolidasse no maior símbolo de uma relação amorosa; trazer à luz fantasias tão íntimas.

Chatel reflete sobre o impacto que os métodos anticoncepcionais exerceram na vida reprodutiva. Muito se fala em diversos textos que propiciaram a dissociação entre a vida sexual e a reprodutiva, permitindo que as mulheres pudessem exercer sua sexualidade de forma mais livre, sem a gravidez como um “efeito colateral”. Mas Chatel é mais incisiva: diz que o uso de métodos anticoncepcionais “interdita o surgimento do inesperado” (pág. 25). Sabemos que isso, não, necessariamente se

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:00  
Deleted: a

Adela 30/6/13 21:54

Deleted: l

Adela 30/6/13 21:54

Deleted: a meu ver,

Adela 30/6/13 21:54

Deleted: é

torna verdade, pois o fato de não querer ter um filho e usar um método contraceptivo com tal propósito não implica no controle total da situação a ponto do inesperado não poder se dar. Se, por um lado, o surgimento desses métodos contraceptivos permite um ganho de liberdade no aspecto da sexualidade, por outro, constituem uma condição da vida contemporânea: poder “decidir” não usar um método durante uma relação sexual e portanto, dizer voluntariamente que o caminho está aberto para a gravidez, carrega em si mudanças importantes nas articulações simbólicas envolvidas, ou seja, fala-se em relação sexual “desprotegida”, daquela onde uma gravidez pode surgir como um efeito não planejado. Uma mulher pode usar contraceptivos durante décadas de sua vida e dissociar o prazer da reprodução. Quando decide suspender o uso desses métodos, observa-se que biologicamente, o retorno à fertilidade é muito rápido: em dois ou três meses os ciclos menstruais já são comprovadamente ovulatórios. Porém, a gravidez comumente tarda a acontecer.

“Ora, muitas mulheres têm, secretamente, um imenso voto de maternidade que é, antes de mais nada, o desejo de receber, uma criança como presente, dom de amor. Isso é reforçado pelo fato de que a contracepção, impedindo a eventualidade da criança, refere a maternidade ao domínio de uma decisão voluntária. As mulheres ficam embaraçadas com essa autorização implícita de decidir sozinhas ter uma criança. É preciso reclamá-la, mas não é a mesma coisa, não é mais, de modo algum, o mesmo voto. Não são mais as mesmas condições de fecundidade, pois, como indicamos acima, uma criança só pode vir na ressonância de diversos desejos”. Pág. 24

Quero dedicar-me aqui ao que chamamos anteriormente de articulações simbólicas envolvidas no desejo de ter um filho. Já desenvolvemos no capítulo anterior o que pudemos buscar na leitura de Freud, ou seja, os constituintes da feminilidade ressonantes da travessia edípica. Chatel também se vale deles e amplia sua reflexão citando o “continente negro”, termo designado por Freud para explicar a densidade das relações arcaicas entre mãe e filha e ainda introduz a discussão sobre o gozo da mãe e a devastação da relação entre mãe e filha.

“Os estados de cólera e de destempero que mãe e filha conhecem na devastação escapam à medida fálica. Têm sua origem no excesso de proximidade, na paixão de exclusividade amorosa que designei pelo termo “gozo da mãe”. Praticar a devastação entre uma mãe e uma filha que vivem sob o mesmo teto é renunciar nos fatos a uma esperança de harmonia e reconciliação. Praticar a devastação é não mais esperar dar um filho à sua mãe para aplacar sua ira de ser um dia privada de fecundidade; é assim que se pode situar a necessidade desse filho dela (...) Passar pelas etapas da devastação terá por efeito tratar o perigo do “gozo da mãe” no sentido de reduzi-lo e,

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:00

Deleted:

assim, orientar a mulher (ex-filha) em direção a um outro gozo, “feminino” desta vez.”  
Pág 49.

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:00

Deleted:

A devastação da relação mãe filha é ainda anterior à entrada da relação com o pai e suas consequências. Uma mulher ainda presa ao gozo da mãe pode até parir, diz Chatel, mas isto não a torna mãe. Indiferenciada no continente negro, não pode ter acesso às articulações simbólicas implicadas em assumir o lugar de mãe, realizar a operação que transforma a separação da mãe em castração e produzir substitutos simbólicos, sobretudo no desejo de ter um filho seu. Novamente aqui estamos falando dos fundantes Édipo e castração.

Se é possível imaginar uma mulher que procure preencher sua falta com objetos outros que um filho, ou seja, se é possível imaginar uma mulher que simplesmente não deseje ter um filho, talvez também se possa imaginar que algumas mulheres tenham interditada a possibilidade de sequer articular este desejo na medida em que estejam enredadas na relação primária com suas mães. Ou seja, são filhas. Descrevo aqui como exemplo mais uma situação de minha experiência clínica: Solange, de 35 anos, é casada há 3 anos e mora com seus pais, uma vez que o apartamento comprado pelo casal ainda não está pronto. Um pouco antes do apartamento ficar pronto, engravidou de um menino, mudando para a nova casa dois meses antes da chegada do bebê. Em todas as consultas de Pré-Natal, vinha acompanhada pela mãe. Tinha uma postura invariavelmente chorosa e pueril. A história de sua irmã mais nova era marcada por várias internações hospitalares por anorexia. Nos dias em que permaneceu internada na maternidade, tinha um discurso de amor e de paixão pelo bebê que acabara de nascer. Eu permanecia intrigada, pois sabia que algo diferente haveria de aparecer naquela cena. Eis que no dia da alta, o pediatra responsável pelo berçário telefonou-me para “desculpar-se”, pois estava liberando o recém-nascido com complementação de leite artificial, uma vez que nos três dias de internação, não havia sido possível conseguir que mamasse no peito com sucesso em nenhuma das tentativas. A suspeita era de que houvesse um problema em sua deglutição, ou um pequeno freio na língua. Será que essa dificuldade da mãe para amamentar era efeito de sua dificuldade para assumir sua identidade de mãe? Para assumir essa identidade, seria preciso que Solange pudesse distanciar-se de sua posição de filha.

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:00

Deleted:

E quando falta? Ou seja, como entender o que acontece com as mulheres quando se dão conta que não conseguem engravidar?

Diz Chatel:

Adela 30/6/13 23:03

Deleted:

“Com efeito, se chamarmos “esterilidade médica” a esta coisa opaca, mal definida, difícil de dizer, que faz com que as relações entre um homem e uma mulher não sejam fecundas, a oferta do rótulo “esterilidade médica” permite então nomear de maneira franca o negativo de sua ligação, sua infecundidade. E a medicina, propondo essa nomeação ampla, apresenta-se como força positiva para fornecer um acréscimo, a criança, ali mesmo onde algo é experimentado como um fracasso” pág 73.

E adiante: “Querer um filho, tal como isso se apregoa hoje em dia, é tão estranho e distante do desejo que é preciso que ele falte para querê-lo dessa maneira...” pág. 75.

Chatel responde ao apontar para as condições normais da constituição do desejo, num sentido edípico, ou seja, a falta compõe o desejo.

Numa outra autora, Piera Aulagnier, encontrei um modo de compreensão que parece remeter a algo mais radical que o funcionamento do desejo. Na medida em que toda a vida da pessoa (ou do casal) passa a ser orientada pela ânsia de conseguir a gravidez, a relação com este objeto se assemelharia mais ao de um vício, uma dependência. Há uma mudança de registro: do prazer à necessidade. Aulagnier não trata especificamente da questão da busca desesperada por engravidar por parte de casais que descobriram ter uma dificuldade para tal; ela se refere ao vício em drogas ou em jogo, e nas relações passionais, mas o papel ocupado pareceu-me ser comparável.

“O estado passional, ao transformar o objeto de prazer em objeto de necessidade, e de uma necessidade cuja satisfação é vital, libera o Eu de toda a responsabilidade no registro da escolha. Objeto obrigado, prazer obrigado e sobretudo vida imposta. O Eu não vive senão na espera do objeto necessário, o que quer dizer que o Eu vive por causa dessa espera e que através desta mudança do objeto para o registro da necessidade...” pág. 157.

▼ Objetos de desejo podem, ainda que com dificuldade, encontrar substitutos em equivalências simbólicas, mas no registro da necessidade, não parece haver a possibilidade de deslocamento: o casal fica enredado e aprisionado na esperança de uma nova tentativa de tratamento.

▼ De fato, as questões sobre a sexualidade sequer fazem parte da anamnese no casal sob investigação de uma provável infertilidade. A preocupação do médico é ligada ao aparelho reprodutor. Mesmo por quê, encaixam-se aqui as técnicas de reprodução assistida como oferta de “cura”. Uma inseminação artificial ou uma

Adela 30/6/13 23:06

**Moved up [2]:** . Quero aqui poder encontrar fundamentos teóricos que me auxiliem a decifrar a profundidade do sofrimento das mulheres que querem um filho, mas não conseguem engravidar e necessitam buscar na medicina reprodutiva instrumentos para tal. Como já citei anteriormente, com frequência trata-se de mulheres que escolheram postergar essa escolha, ou seja, viveram plenamente suas duas, três ou quatro décadas estudando, trabalhando, compondo sua realização na carreira e na vida financeira sem que um filho representasse seu objeto principal de desejo. Mas no momento em que se propõem a engravidar, as condições biológicas já não são tão favoráveis. Ora, nesse momento, o filho que ainda não veio passa a ser o foco principal de todos os investimentos dessas mulheres e a impossibilidade abre-se como uma ferida narcísica. É como se sua realização pessoal dependesse exclusivamente desse novo projeto. E na prática, realmente observamos com frequência casais que se prendem numa rede e se tornam reféns de exames, tratamentos e novas possibilidades. Se o desejo de um filho não havia sido a única forma de realização até então, por qual motivo tornou-se a única forma de ser feliz, a partir da impossibilidade? .

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:01

**Formatted:** Font color: Auto

maria eugenia de Santi 2/7/13 20:46

**Deleted:** constitui

Adela 30/6/13 23:07

**Deleted:** . .

Adela 30/6/13 23:09

**Deleted:** . .

fertilização *in vitro* não buscam responder “de onde não estão vindo os bebês???” Mas sim oferecer uma solução imediata : transpor as etapas da fecundação e transportar o embrião já pronto para dentro do útero. Só que isso não garante a implantação desse embrião. Essa etapa continua à deriva, num “continente negro” e a resposta da medicina é “se não deu certo dessa vez, vamos tentar novamente!”. Cabe aqui mais uma colocação de Chatel, quando dirige-se a uma medicina “infertilizante”, pois não responde a questionamentos do casal; apenas submete-os a novas tentativas, ou seja, a medicina não é competente para interrogar se há desejo.

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:01

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:01

Deleted:

**Capítulo 4 :****“PSICANÁLISE E BIOTECNOLOGIA: ENTRE TEORIA E PRÁTICA” por Orlando Coser**

Outro foco de interesse para a elaboração dessa monografia foram as relações entre biotecnologia e psicanálise. A meu ver são ciências complementares na prática clínica; ambas deveriam convergir na promoção da saúde, auxiliando o sujeito a confrontar seu sofrimento. Porém, aproximar suas linguagens por vezes parece impossível e acabamos por divergir e tratar as questões separadamente.

Há dois anos, num congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Reprodutiva, houve a proposta de um Consenso em Psicologia e Saúde Reprodutiva. É óbvio que não se entende por “consenso” achatar as questões psíquicas e fazê-las caber em uma caixa, agrupando-as ou classificando-as, tirando delas a singularidade do sujeito, para que sirvam a todos como um catálogo de consultas, mas trata-se de tornar possível o diálogo e o trabalho multidisciplinar dos envolvidos nessas questões: psicólogos, enfermeiros, médicos, embriologistas, assistentes sociais. Fiquei bastante decepcionada ao perceber que os termos “mãe morta” e “pai mutilado” não cabiam no vocabulário médico e por outro lado, os psicólogos não conseguiam encontrar equivalências semânticas para gametas doados ou reprodução sem sexo (lembramos que para Freud, sexualidade não é igual a relação sexual). A conclusão foi que “não havia conclusão”, pois o termo consenso não cabe no inconsciente. Além do quê, a única proposta efetivamente de consenso foi que se recorresse ao Conselho Federal de Psicologia, numa determinação legal que “obrigasse” os médicos a encaminhar seus pacientes a um psicólogo antes de iniciar uma técnica de reprodução assistida, nos mesmos moldes que a Justiça determina para os casos de adoção. Mas os próprios psicólogos não sabiam justificar a finalidade deste encaminhamento.

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:01  
Formatted: Centered

Na coletânea “Transgressões”, organizada por Carlos Alberto Plastino, no Espaço Brasileiro de estudos psicanalíticos, há um capítulo de Orlando Coser, denominado “Psicanálise e biotecnologia: entre teoria e prática”, em que encontrei articulações que me permitiram pensar sobre a possibilidade do diálogo entre a medicina e a psicanálise.

Orlando Coser é psicanalista, professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira / Fiocruz. Trabalha em uma equipe multidisciplinar com ginecologistas, neonatologistas e enfermeiros. Conta-nos sobre sua experiência e as dificuldades de aproximar tais linguagens. Inicia o texto citando trazendo à tona algumas ideias de Elisabeth Roudinesco já mencionadas anteriormente, referindo-se à intolerância do homem contemporâneo ao sofrimento e sua necessidade de buscar alternativas para aplacar a dor:

“Até a Revolução Industrial, a posição dos humanos perante a realidade da vida e do mundo – doenças, epidemias, reprodução, condições climáticas – era de submissão aos ditames imponderáveis do organismo, da natureza e da providência divina. Hoje, dispomos de diversos meios de intervenção sobre o ambiente e sobre nosso corpo, e tais recursos são tantos e tão poderosos que parece não existir mais limites às possibilidades de intervir sobre o mundo.” pág. 222.

O autor deixa claro que não é contra o avanço da ciência, mas que é possível pensar, através da psicanálise, nas articulações simbólicas envolvidas nos processos biotecnológicos. Mais ainda, essa dimensão não pode ser negada. Sob seu escopo, traduz-se um objeto de desejo, o que pode tornar a ciência uma fonte de consumo. Cabe aos envolvidos (todos nós, a meu ver, enquanto sociedade) colocar a ciência sob uma perspectiva mais crítica e reflexiva:

“Não se percebe que as fecundações assistidas, a genética preditiva e todas essas especialidades extraem parte de seu sucesso não tanto de sua efetividade ou de sua técnica, mas da prodigiosa carga fantasmática que carregam. É importante, portanto, considerar criticamente a dimensão de mercado aqui envolvida, e vincular tais manipulações com os sistemas lógico-simbólicos que lhes seriam subjacentes, ou que por elas estariam sendo soterrados”. Pág. 225.

Para pensar a “transdisciplinariedade” (pág. 225) entre psicanálise, equipes médico-cirúrgicas, obstétricas e genéticas, Coser vale-se da imagem do “triângulo dos saberes” proposto por Michel Foucault em *As palavras e as coisas* (1966). Para Foucault, há um prisma tridimensional onde as ciências físicas, a linguagem, vida e

produção de riquezas e a filosofia se compõe. Nas relações entre os componentes desse “triedro epistemológico” é que as ciências humanas desempenham seu papel:

“Ao mesmo tempo, pode-se dizer que, por se situar na extraterritorialidade do campo, a psicanálise dispõe de um potencial crítico poderoso para elucidar os determinantes fundamentais da questão. Desse modo, e nos mesmos termos que Foucault, diremos que a psicanálise não tem lugar no espaço volumoso de sua relação com a biotecnologia, mas, de sua posição extraterritorial, pode elucidar o que se passa nos interstícios dessa relação” pág. 226.

Coser cita o novo, o mercado e a mídia como “imperativos” no desejo de cada um de nós. Aqui, mais uma vez, encontramos no desejo o campo de nossas reflexões. Cabe ainda uma outra citação:

“Outro paradoxo importante é que, enquanto a sociedade ocidental produz mais e mais infertilidade e esterilidade, seja sob a forma de contaminações químicas, radioativas, razões sociais alimentares e econômicas ou de esterilizações voluntárias ou involuntárias, mais e mais intervenções médicas são realizadas para superar ou contornar obstáculos de natureza biológica (ou em geral se diz que seriam) que, a um exame mais minucioso, mostram-se de natureza relacional, psíquica quando não simplesmente mercadológica, uma espécie de bulimia biotecnológica...” pág. 228.

Se de um lado temos o desejo que perde seus equivalentes por tornar-se uma necessidade e a busca sem limites para sua satisfação, de outro há a oferta da medicina e da mídia, muitas vezes como um esquema perverso de poder. São as duas pontas que podem facilmente conduzir-nos a questionamentos éticos. De um lado, a demanda. De outro, a oferta. Como mencionado anteriormente, já ouvi muitas vezes de pacientes: “engravidei com Dr. Fulano”, como também já ouvi colegas expressarem-se com um natural: “engravidei tal paciente...”, ao se vangloriarem de suas habilidades técnicas frente a determinada situação clínica que parecia incontornável. Ou seja, impossível negar que há um imperativo narcísico dos dois lados da questão. Há espaço para um casamento perverso. Mas será sempre assim?

Recentemente, a mídia divulgou e acompanhou longamente a prisão de um médico acusado de abusar sexualmente de suas pacientes inférteis. Tais acusações datavam de mais de dez anos da prática clínica e eram comentadas entre pacientes e médicos, até que estouraram como denúncia e escândalo. Tratava-se de uma das maiores clínicas do país, amplamente conhecida pela quantidade de tratamentos que realizava mensalmente, bem como sua alta taxa de resultados positivos. Aqui nos

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:02

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:02

Deleted:

remetemos novamente aos sistemas lógico-simbólicos designados por Coser. Por quê uma paciente que busca ter um filho procura esse médico apesar de ouvir denúncias sobre suas práticas? Eu diria que os representantes do falo e da onipotência estão embutidos nessa escolha. As declarações desses casais diziam respeito a sentimentos de nojo e de asco, mas os grandes valores investidos os impossibilitavam de retroceder, ou em outros casos, diziam estar dispostos a obter a gravidez a qualquer custo. Aqui, citamos O. Manoni: “eu sei, mas mesmo assim ...”

## Conclusões

Ao iniciar esse trabalho, parti da hipótese de que o desejo de ter um filho remetesse a mulher a fantasias primitivas e infantis, que não pudessem ser justificadas apenas no plano consciente. De fato, encontrei em Freud duas fundamentações teóricas importantes. A primeira, no desejo enquanto movimento da falta até o objeto, quer no plano consciente, quer no inconsciente. Outra, os constituintes psíquicos na travessia edípica e na castração. A primeira relação de afeto de uma menina é com sua mãe e aqui menciona o autor pela primeira vez esse desejo. Depois, a menina precisará separar-se da mãe e dirigir-se ao pai, constatando que a mãe é castrada e manifestando no desejo do filho o substituto fálico. Aqui encontramos também a ponte para o narcisismo.

De fato, fala-se no senso comum em “instinto materno”. O mesmo senso comum nomeia assim a menina que brinca com suas bonecas, mimetizando sua relação com a mãe e qualificando-a de maternal. Na obra freudiana, não encontramos essa caracterização de instinto, mas a meu ver, existe algo de primário, primitivo, que, embora não possa ser chamado de instinto, tem seu lugar no primordial do constituinte psíquico. Abre-se aqui uma nova pergunta: o quê dizer das mulheres que escolhem não ter filhos? Gostaria de dedicar-me a essa questão numa próxima investigação teórica.

Piera Aulagnier deu uma resposta interessante; casais que buscam incessantemente superar sua provável infertilidade, apresentam algo ainda mais complexo que a realização de um desejo; surge uma necessidade e um desespero para supri-la, como citei anteriormente. O desejo é substituído por uma dependência.

Também refletii sobre o papel da medicina como parte desse processo. Por um lado, as técnicas de reprodução assistida aparecem como uma oferta mágica a essa demanda. De fato, as clínicas se valem de um investimento em hotelaria e marketing que enredam o casal, com suas chamadas de famílias sorridentes, bebês fofinhos e casais harmoniosos e felizes. E a mensagem convoca para a realização de um sonho. Matérias em jornais, mídia eletrônica revistas e programas de TV também chamam a atenção para inúmeras situações de impossibilidade, como pais vasectomizados e mães menopausadas que triunfaram soberanamente sobre a natureza através desses procedimentos. A divulgação de atores, atrizes e outras celebridades ajudam a

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:02

Deleted:

... [6]

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:02

Formatted: Centered, Indent: Left: 0 cm, First line: 0 cm

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:02

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:02

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:03

Deleted:

maria eugenia de Santi 2/7/13 21:03

Deleted:

configurar a idéia de realização de um sonho. E o poderio financeiro e mercadológico da indústria farmacêutica tem fundamental papel nesse enredamento.

Dessa forma, gostaria que esse trabalho pudesse trazer reflexões nos dois sentidos: de um lado, uma consideração ética sobre importantes inflexões desse binômio oferta/procura. De outro, da medicina como importante instrumento para auxiliar casais na constituição de suas famílias.

Adela 30/6/13 23:20

Deleted: ..

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASRM (*American Society of Reproductive Medicine*). <http://www.asrm.org>.
- AULAGNIER, Piera. *Os destinos do prazer*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1985.
- CHATEL, Marie Magdeleine. *Mal-Estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução*. Rio de Janeiro: Editora Campo Matêmico, 1995.
- COSER, Orlando. *Psicanálise e biotecnologia: entre teoria e prática*. In *Transgressões*. PLASTINO, Carlos Alberto (org). Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 2002.
- FREUD, Sigmund. *Correspondência completa Freud a Fliess*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1987.
- . *A interpretação dos sonhos* (1900). Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud, v. 4 e 5. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.
- . *Sobre as teorias sexuais das crianças* (1908). Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.
- . *Introdução ao narcisismo* (1914). FREUD - OBRAS COMPLETAS, V.12 - ENSAIOS DE METAPSIKOLOGIA E OUTROS TEXTOS (1914-1916). São Paulo, Companhia das Letras, 2011.
- . *Sobre a transmutação das pulsões, especialmente no erotismo anal* (1917). Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.
- . *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (1925). FREUD - OBRAS COMPLETAS, V.16 - O EU E O ID, 'AUTOBIOGRAFIA' E OUTROS TEXTOS [1923-1925]. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- . *Sexualidade feminina* (1931). FREUD - OBRAS COMPLETAS, V.18 - O MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO (1930-1936); São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

----- *A feminilidade*. Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud. V. 22. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

----- *A dissolução do complexo de Édipo* (1924). FREUD - OBRAS COMPLETAS, V.16 - O EU E O ID, 'AUTOBIOGRAFIA' E OUTROS TEXTOS [1923-1925]. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

LAPLANCHE, Jean e PONTALIS, J-B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Nova Fronteira, 1985.

QUAYLE, Julieta. QUAYLE, J. . Infertilidade: A busca incessante pela gestação. In: VI Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde, 2011, São Paulo.

RAMIREZ, Martha Célia. “Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro”. Tese de doutorado defendida no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, 2003.

ROUDINESCO, Elizabeth. *Por quê a psicanálise?* (2000). Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2000.

SZEJER, Myriam e STEWART, Richard. *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

TORT, Michel. *Desejo frio. A procriação e a crise dos referenciais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.