

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

MÁRCIA APARECIDA DE ABREU FONSECA

**“Pequeno nada” – uma leitura psicanalítica da Perda Gestacional de Repetição
na medicina reprodutiva**

Belo Horizonte

2016

MÁRCIA APARECIDA DE ABREU FONSECA

**“Pequeno nada” – uma leitura psicanalítica da Perda Gestacional de Repetição
na medicina reprodutiva**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração:
Estudos Psicanalíticos

Linha de pesquisa:
Conceitos fundamentais em psicanálise;
Investigações no campo clínico e cultural.

Orientador:
Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Resende Vorcaro

Belo Horizonte

2016

Nome: Márcia Aparecida de Abreu Fonseca

Título: “Pequeno nada” – uma leitura psicanalítica da Perda Gestacional de Repetição na medicina reprodutiva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovada em: 29/02/2016

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ângela Maria Resende Vorcaro (orientadora)

Instituição: UFMG Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Simone Perelson

Instituição: UFRJ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Jacqueline de Oliveira Moreira

Instituição: PUC/MINAS Assinatura: _____

Prof. Dr. Fernando Marcos dos Reis

Instituição: UFMG Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Instituição: UFMG Assinatura: _____

À Lídia, que ao chegar fez meu mundo começar de novo.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Mercês, e ao meu pai, Paulo.

Aos meus irmãos, Kátia e Paulo Roberto.

Às famílias que possuo, pela vida, compreensão e apoio!

Aos parentes e amigos de vários lugares, pela torcida.

Aos amigos de todos os tempos, Solange, Andréa, Flávia e Valério.

Ao Professor Emérito da Faculdade de Medicina, Dr. Aroldo Fernando Camargos, pelo convite, incentivo à pesquisa e exemplo de superação.

À Universidade Federal de Minas Gerais, em especial ao Hospital das Clínicas/HC, nas pessoas de Ana Amélia Oliveira Reis de Paula, coordenadora do Serviço de Psicologia, Maria Ângela Felício, gerente da Unidade Multiprofissional e à diretora Prof^ª. Dr^ª. Luciana Gouveia Viana, pela autorização à adaptação do horário para a realização deste trabalho.

Aos gestores e coordenadores que autorizaram a realização da pesquisa, em especial ao Dr. Francisco de Assis Nunes Pereira, e aos demais colegas do Laboratório de Reprodução Humana Aroldo Fernando Camargos do HC/UFMG.

Aos psicólogos do Serviço de Psicologia do HC/UFMG e demais colegas do HC/UFMG.

Aos professores e alunos da Psicologia no HC, pela interlocução e parceria frente aos desafios da prática clínica e da transmissão nesse hospital, em especial à Prof^ª. Emma Elisa Carneiro de Castro, ao Prof. Orestes Diniz Neto e aos alunos da residência multiprofissional do HC/UFMG e da graduação em psicologia FAFICH/ UFMG.

Aos colegas do Núcleo de Psicanálise e Medicina do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais e do cartel de psicanálise e medicina, pela parceria.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Psicologia (PPG-PSI) da UFMG pela interlocução, em especial à Prof^ª. Márcia Maria Rosa Vieira Luchina, pelo incentivo inicial ao projeto e pelo parecer positivo à pesquisa e ao Prof. Jesús Santiago, pela importante interlocução na disciplina “Métodos clínicos”.

À Prof^ª. Cristina Moreira Marcos (PUC/MINAS) e à Prof^ª. Márcia Mendonça Carneiro (UFMG), pelas ricas contribuições ao projeto na banca de qualificação.

À querida Prof^ª. Ângela Maria Resende Vorcaro, pela orientação cuidadosa e clínica e, sobretudo, pela acolhida e aposta na transmissão!

À querida Ariana Lucero, pelo apoio fundamental tanto na entrada como na conclusão deste trabalho.

Aos membros da banca por terem acolhido o convite e pela disponibilidade.

Aos sujeitos da pesquisa, pela participação sincera.

E, a todas as pessoas que, de alguma forma apoiaram o projeto,

meu

muito

obrigada.

Às vezes, enquanto Soraya dormia ao meu lado, eu ficava na cama ouvindo a porta de tela que abria e fechava por causa do vento, e os grilos cantando no jardim. E quase podia sentir o vazio do útero de Soraya, como se fosse uma coisa viva que respira. Esse vazio tinha se infiltrado no nosso casamento, nos nossos risos, na nossa vida sexual. Tarde da noite, no escuro do quarto, sentia ele saindo de Soraya e vindo se instalar entre nós. Vindo dormir entre nós. Como uma criança recém-nascida.
(Khaled Hosseini, 2006).

Nadifúndios

“Eles enverdam jia nas auroras,

São viventes de ermo. Sujeitos

Que magnificam moscas — e que oram

Devante uma procissão de formigas...

São vezeiros de brenhas e gravanhas.

São donos de nadifúndios.

(Nadifúndio é lugar em que nada

Lugar em que osso de ovo

E em que latas com vermes emprenhados na boca

Porém.

O nada destes nadifúndios não alude ao infinito menor de ninguém.

Nem ao Néant de Sartre.

E nem mesmo ao que dizem os dicionários:

coisa que não existe.

O nada destes nadifúndios existe e se escreve com letra minúscula).

Se trata de um tratal.

Aqui pardais descascam larvas.

Vê-se um relógio com o tempo enferrujado dentro.

E uma concha com olho de osso que chora.

Aqui, o luar desova...

Insetos umedecem couros.

E sapos batem palmas compridas.

Aqui, as palavras se esgarçam de lodo”.

(Manoel de Barros, 1989).

RESUMO

FONSECA, M. A. A.(2016). “*Pequeno nada*” – *uma leitura psicanalítica da Perda Gestacional de Repetição na medicina reprodutiva*. Tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

A tese foi motivada pela prática clínica da autora como psicóloga em uma equipe de medicina reprodutiva, território fértil em projetos subjetivos, implicando construções do feminino, da maternidade e da família. Apresenta uma leitura psicanalítica da Perda Gestacional de Repetição (PGR), que leva as mulheres assim diagnosticadas a serem acompanhadas na medicina reprodutiva com a assistência afetiva e personalizada do *Tender Loving Care* (TLC), recomendada pela Medicina Baseada em Evidências (MBE). Realizamos uma pesquisa qualitativa descritivo-exploratória no Laboratório de Reprodução Humana Aroldo Fernando Camargos do Hospital das Clínicas da UFMG, que consistiu em seis entrevistas semidirigidas, gravadas e transcritas, sendo que três delas foram direcionadas aos profissionais e três às pacientes com PGR sem causa orgânica aparente. Uma dessas pacientes iniciou atendimento psicológico e permaneceu até o término da pesquisa. Foi utilizado na análise das entrevistas e dos registros dos atendimentos o método freudiano de leitura proposto por Miller (2015), que se serve dos operadores de redução (repetição, convergência e evitação). O foco não foi numa hipotética doença que causaria PGR, mas no mal-estar psíquico desse campo, onde entra em jogo o desejo e a angústia, tanto de cada paciente em particular, quanto dos profissionais que se esforçam em cumprir o imperativo de satisfazer a demanda. Com a medicina reprodutiva, a procriação se separou do sexo e tornou explícito que o desejo de gravidez não traduz ou não equivale ao desejo de ter um filho. A fragmentação multifacetada presente na maternidade caminha lado a lado com essa dificuldade de lidar com o *ser mulher*, que não se consegue fazer representar tanto para as mulheres como para os homens. Nas mulheres isso é estrutural, tenham elas conseguido ou não dar à luz e acolher uma criança como filho, em parceria ou não com a ciência. Nossa hipótese considerava, portanto, que a condição permanente de incompletude ou inconsistência do significante feminino colocaria a maternidade ocupando, nas mulheres, o lugar idealizado de obturação da falta feminina. Ao investigar o impossível de representar da maternidade, nossa leitura destacou o papel que um filho pode ocupar na economia libidinal de uma mulher. Tal como a morte ou o feminino, o termo procriação não possui representação para o ser falante. Ser mãe não recobre o ser mulher e a busca por tamponar com o filho o impossível de representar favorece uma posição de excessos. A maternidade pode apaziguar incertezas sobre a feminilidade, mas não há mãe sem a mulher, e esta última carrega os efeitos de semblante ou de incompletude de forma particular. O sucesso da abordagem do TLC articula-se aos efeitos de se escutar mais as pacientes e seus “pequenos nadas”, o que franqueia a presença e a incidência da singularidade subjetiva na técnica, não permitindo sua replicação. Entretanto, com o TLC, há o risco de se manter o circuito mortífero de repetição das perdas para algumas pacientes. Por isso é importante que haja um psicanalista na interface com a medicina, pois tal contribuição possui um caráter ético e configura-se um “pequeno nada”, que é o de apontar e sustentar o lugar da singularidade e da angústia junto a uma equipe.

Palavras-chave: Psicanálise; Psicologia Clínica; Perda Gestacional de Repetição; Medicina Baseada em Evidências; Assistência ao paciente (Serviços de saúde).

ABSTRACT

FONSECA, M. A. A. (2016). *"Little nothing"* – a psychoanalytical perspective of Recurrent Pregnancy Loss in reproductive medicine. Doctoral dissertation, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

This thesis was motivated by the author's clinical practice as a psychologist in a reproductive medicine team, a fertile ground for subjective projects, which lead to the creation of femininity, motherhood and family concepts. It presents a psychoanalytical approach of Recurrent Pregnancy Loss (RPL) that leads women with this diagnosis to follow a personalized assistance including a personalized support of *Tender Loving Care* (TLC), recommended by Evidence-based Medicine (EBM). A qualitative descriptive-exploratory research was developed in the Aroldo Fernando Camargos Human Reproduction Laboratory at Hospital das Clínicas of UFMG, which consisted of six recorded and transcribed semi-structured interviews, being three of them directed to the professionals and three directed to the patients with RPL, but without an apparent organic cause. One of these patients started psychological assistance and remained until the ending of the research. The interviews and the psychological session notes were analyzed, considering the Freudian interpretation method proposed by Miller (2015), based on the "approach-avoidance conflicts" theory (repetition, convergence and avoidance). The focus was rather a hypothetical disease that could cause RPL, than the psychological discontent in this field, where the desire and the anguish comes into play for each individual patient as well as for the professionals who strive to accomplish the demands of the patients as well. With the reproductive medicine, procreation was separated from sex and it has become explicit that the desire of pregnancy does not translate or is not equal to the desire of having a child. The multifaceted fragmentation present in motherhood walks alongside with the difficulty to deal with *being a woman*, which cannot be represented neither for women nor for men. For women it is structural, having them been able or not to conceive and take a child as a son/daughter, with or without science help. Therefore, our hypothesis considered that the permanent condition of incompleteness or inconsistency of the feminine signifier would place motherhood, for women, as an idealized position of filling the feminine lack. When investigating the motherhood impossibility of representation, our study pointed out to the role that a son can occupy in the libidinal economy of a woman. Being it related to death or the feminine, the term procreation does not have a representation for the speaking being. Being a mother does not cover being a woman and the search for disguise the impossibility of representation with a son benefits a position of excesses. Motherhood can appease uncertainties about femininity, but there is not a mother without a woman, and the later adduced the effects of semblance or incompleteness in a particular way. The success of the TLC approach is related to the effects of listening to the patients and their "little nothing", which allows the presence and the incidence of a subjective approach of the technique, not allowing its replication. Nevertheless, with TLC, there is a risk of maintaining the deathly circuit of pregnancy loss for some patients. For that reason the interface between psychoanalysis and medicine is important, as a psychoanalyst can offer an ethical quality contribution, that is, he/she can contribute to this "little nothing", by pointing out and sustaining the place of singularity and anguish within the team.

Keywords: psychoanalysis; clinical psychology; Recurrent Pregnancy Loss (RPL); Evidence-based Medicine (EBM); Patient assistance (Health Services).

SUMÁRIO

Introdução.....	12
Capítulo 1 – Apresentação da pesquisa e de alguns conceitos da medicina reprodutiva.....	20
1.1. Infertilidade.....	21
1.2. Técnicas de Reprodução Assistida – TRA	22
1.3. Infertilidade por Perda Gestacional de Repetição (PGR): aspectos conceituais e subjetivos.....	25
1.4. <i>Tender Loving Care</i> (TLC).....	30
1.5. A Pesquisa	33
1.5.1. Descrição Geral.....	33
1.5.2. Objetivos.....	34
1.5.3. Sujeitos	34
1.5.4. Entrevistas – recortes para as respostas sobre o ser mulher e o ser mãe.....	35
1.5.5. Transcrição literal das entrevistas e registros clínicos da pesquisa.....	39
1.5.6. Método operação-redução.....	39
1.5.7. Resultados.....	43
1.5.7.1. Repetição.....	44
1.5.7.1.1. O contexto do sofrimento e luto associado à PGR.....	44
1.5.7.1.2. A demanda de filho como preenchimento de uma falta.....	45
1.5.7.1.3. O circuito de perdas (historicizado e rememorado numa série numérica).....	46
1.5.7.1.4. Os excessos.....	47
1.5.7.2. Convergência.....	48
1.5.7.3. Evitação.....	51
Capítulo 2 – Psicanálise e Medicina.....	56
2.1. O normal e o patológico.. ..	59
2.2. O nascimento da medicina moderna.....	61
2.3. A abordagem científica da medicina: o lugar do sintoma.....	63
2.4. O contraponto do sintoma em psicanálise	65
2.5. A evidência na medicina e na psicanálise.....	68

2.6. Angústia e transferência na assistência em Ginecologia.....	76
Capítulo 3 – Psicanálise e Maternidade.....	80
3.1. As pulsões e a diferenciação sexual.....	82
3.2. O complexo de Édipo e o falo.....	85
3.3. A equivalência feminilidade-maternidade.....	89
3.4. Feminilidade mascarada.....	92
3.5. O falo entre a mãe e a criança.....	94
3.6. O objeto perdido, <i>das Ding</i> e o complexo de castração.....	96
3.7. Metáfora paterna e declínio do pai.....	101
3.8. A transmissão simbólica pela mãe, a menina e o semblante.....	102
3.9. Mais além do pai e devastação feminina.....	104
3.10. Mulher como sintoma, masoquismo feminino e <i>Potlatch</i> amoroso.....	107
3.11. O imperativo contemporâneo de ser mãe, parentalidade e o impossível da maternidade.....	110
Conclusão.....	116
Referências bibliográficas.....	120

Anexos - Pesquisa

Anexo 1 – Roteiro para entrevista com profissional

Anexo 2 – Roteiro para entrevista com paciente

Anexo 3 – Transcrição literal das entrevistas e registros clínicos

INTRODUÇÃO

A tese, motivada pela prática clínica da autora que atua como psicóloga desde 2004 em uma equipe de medicina reprodutiva, apresenta o território da reprodução assistida, fértil em projetos subjetivos, implicando as construções de maternidade e de família tanto para pacientes como profissionais. Propõe uma leitura psicanalítica da Perda Gestacional de Repetição (PGR), um dos diagnósticos de mulheres acompanhadas na medicina reprodutiva, e também da *Tender Loving Care* (TLC), a assistência recomendada pela Medicina Baseada em Evidências (MBE) para tais pacientes. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Departamento de Psicologia (FAFICH/UFMG), pela instituição/cenário da pesquisa, o Laboratório de Reprodução Humana (LRH) Aroldo Fernando Camargos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), na Plataforma Brasil, sob o código CAAE: 40290614.0.0000.5149; Parecer de aprovação nº: 1.176.335. Foram cumpridas as exigências para projetos de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 e suas atualizações). Desta pesquisa, destacaremos recortes das falas colhidas nas entrevistas com pacientes e profissionais, a partir do processo de análise e leitura do material. Foram realizadas seis entrevistas semidirigidas, gravadas e transcritas, com três profissionais de saúde, membros da equipe de medicina reprodutiva, e três pacientes com Perda Gestacional de Repetição (PGR) sem causa orgânica aparente. Uma das pacientes permaneceu em atendimento psicológico até o término da pesquisa.

Utilizamos na análise das entrevistas e dos registros dos atendimentos o método freudiano de leitura proposto por Miller (2015), que se serve dos operadores de redução (repetição, convergência e evitação). O foco não foi numa hipotética doença que causaria PGR, mas no mal-estar psíquico desse campo, onde entra em jogo o desejo e a angústia, tanto de cada paciente em particular, quanto dos profissionais que se esforçam em cumprir o imperativo de satisfazer a demanda. Do lado da mulher, observamos a articulação de aspectos singulares e pertinentes ao modo sintomático de cada uma lidar com o *ser mulher* e o *ser mãe*.

O que é entendido como patológico para a medicina é a repetição biológica da perda gestacional, suas taxas e riscos associados. Entretanto, nosso estudo interroga sobre outras possíveis repetições que se somam ao contexto fisiológico da perda de uma gestação e também sobre o modo como isso é abordado pelas equipes. O mínimo de três perdas necessárias para o diagnóstico de PGR, para nós, pode ser o início de uma série de repetições.

As perguntas são várias: “É possível localizar uma demanda de filho/criança num projeto da mulher da PGR?”; “Por que o sofrimento e o desgaste psíquicos tão enfatizados, gerados pela repetição das perdas, não contribuem por encerrar mais rapidamente as tentativas dessas mulheres?”; “A equipe tem que desejar um filho junto com a paciente?”; “Por que os pacientes não podem abandonar os tratamentos?”; “Podemos dizer que a paciente consegue se separar do *desejo do Outro* quando procura a medicina reprodutiva?”; “Onde fica a função do pai no contexto da PGR?”; “Por que algumas pacientes da PGR necessitam voltar ao serviço ou enviar fotos para “mostrar” que uma gravidez subsequente deu certo, mesmo quando tal sucesso não se deve diretamente a uma intervenção do serviço ou desses especialistas?”. Certamente ainda há muitas outras questões que valeriam reflexão e outras articulações.

Nosso interesse se reportou para a implicação subjetiva dessas mulheres, que se dirigem ao suporte técnico da equipe especializada, e parecem estar literalmente “persequindo” a maternidade, em especial, nos casos de PGR sem causa orgânica aparente. Essa percepção nos levou a interrogar se um circuito de repetição das perdas tenderia a ganhar valor subjetivo e se estabelecer na dinâmica inconsciente da paciente em parceria com a medicina reprodutiva. Entendemos que cada paciente é que poderá localizar a ordem do seu incômodo. No entanto, façamos um parêntesis para uma questão sobre o que pode ser construído em torno desse progressivo e esperado sofrimento da paciente com PGR.

Temos um exemplo de anos atrás de uma paciente que nos chamou a atenção. Um pedido urgente para atendimento psicológico alertava que a paciente havia sofrido onze perdas gestacionais, sem se descobrir a causa. A hipótese é de que a mesma estaria triste e deprimida. A paciente foi avisada do horário para atendimento psicológico por telefone e foi possível ouvi-la sorrir e duvidar da necessidade da consulta, visto sentir-se ótima após iniciar um medicamento prescrito no mês anterior pela mesma médica que lhe recomendou conversar com a psicóloga. Diante deste fato, ela foi convidada para vir à consulta psicológica caso quisesse falar um pouco sobre o desconforto anterior, sobre o que provocou a necessidade da medicação que, agora, parecia lhe trazer bons efeitos. No único encontro realizado, comparece uma mulher de 34 anos, jovial e alegre, que contou sobre seu casamento aos 19 anos e que, desde então, tinha como única complicação nesse relacionamento, considerado satisfatório por ela com o esposo, as perdas gestacionais. Quando perdeu pela décima vez, estava completando cerca de oito anos de casada e, então, talvez pela primeira vez, sentiu-se estranha e surpresa: “*Puxa vida, perdi 10 vezes!*” – ela comenta. Houve anos em que perdeu duas gestações e não se sentiu assim. Daquele momento, “de uma série de 10” para frente, ela definiu que não pensaria mais nisso, que era melhor não tentar mais ter filhos, a vida não

estava ruim. Assim, conversou com o esposo, que lhe parecia o mais triste com a situação. Entretanto, ela afirma que ele não fez objeção alguma e a vida seguiu sem pensarem em filhos. Após essa conversa do casal, a paciente relata ter ficado cerca de cinco anos sem engravidar, mesmo sem utilizar qualquer método contraceptivo. Mas, após esse período, certo dia, com o nascimento de um bebê na família, ela escutou atenta a fala do esposo: “Nossa, deve ser muito legal ter um filho!”. Pouco tempo depois a paciente engravidou. Ela conta que foi grande a alegria para as duas famílias e entre os amigos. O esposo ficou surpreso e ao mesmo tempo feliz. Ela afirma que nessa 11ª gestação chegou a acreditar que iria levar a gravidez até o fim, e foi mesmo a que durou mais tempo, cerca de cinco meses. Um dia pensa: “E agora? Daqui a pouco não há jeito de voltar atrás...”. E, poucos dias depois, inexplicavelmente, perdia o bebê novamente. Sobre o seu casamento, conta que tem um cuidado muito grande com o esposo, tratando-o “como um filho”. Afirma que é muito amiga dos familiares e amigos que sempre os procuram. Ela e o esposo viajam, brincam, saem com os amigos. Surge uma pergunta para a paciente: “E agora?”. Ela responde sorrindo: “Estou bem, não tinha me dado conta, mas já sou parece meio mãe do meu esposo, estou feliz assim!”.

Pois bem, consideramos que a ninguém é possível saber até quando um arranjo subjetivo vai vigorar em sua vida. Mas, na perspectiva psicanalítica, isso vale para todas as situações. A angústia irrompe no sujeito quando um determinado arranjo que empreendeu e que é próprio à sua singularidade não se sustenta por alguma contingência, que não é qualquer uma. Miller (2010) situa a questão da contingência em Lacan, isolando uma transformação em seu ensino no *Seminário 23* (1975-76), afirmando que: “nós fazemos os acasos que nos impelem a um destino” (p. 140). E continua: “No fundo, fazemos da contingência necessidade, necessidade de uma significação que passa através de nós, que nos trespassa e nos delinea uma instância que nos convocaria e que seria o destino” (p. 140).

Dentro dessa perspectiva, iremos discutir a PGR e o TLC, investigando a origem do sucesso dessa abordagem, que parece favorecer a interrupção do circuito de perdas em grande parte das pacientes, mas não para todas.

No primeiro capítulo, os conceitos médicos como diagnóstico de Perda Gestacional de Repetição (PGR) e de assistência *Tender Loving Care* (TLC) são detalhados e nos servimos dos estudos e pesquisas desta área para ver como são abordados os aspectos subjetivos dessas pacientes. Ademais, descrevemos a pesquisa acima mencionada, o método de leitura do material textual e seus resultados. Foi utilizado na análise das entrevistas e dos registros dos atendimentos o método freudiano de leitura proposto por Miller (2015), que se serve dos

operadores de redução (repetição, convergência e evitação). A operação-redução, segundo Miller (2015), implica em condensar determinados elementos que estão disponíveis na fala de um sujeito que procura uma análise. Ao nos servirmos das diretrizes do que ocorre em uma análise para nossa leitura da pesquisa, apostamos, tal como Guerra (2001), na utilização do método em pesquisa em psicanálise, visando aproximar a abordagem dos elementos via marcadores clínicos. Consideramos que esse modo de leitura favorece a decantação do traço singular, do que se configura particular para um sujeito, além do efeito da presença da clínica num contexto específico.

Com a pesquisa, discutimos como cada participante se expressa sobre o *ser mulher* e o *ser mãe*, – os primeiros temas abordados nas entrevistas. Vimos que com a ampliação das perspectivas de escolha para as mulheres na modernidade, a experiência da maternidade torna-se campo sempre aberto a incertezas e angústias diante do que pode significar para uma mulher ter um filho hoje. A maternidade, longe de estar amparada por marcadores biológicos, tende a se apresentar para as mulheres como marca da falta inerente ao *ser mulher*. Não há representação para o *ser mulher* e um filho pode vir a ser desejado para ocupar o lugar de obturação dessa falta. Mas a não programação desse amor materno carrega situações frequentes de excessos, onde “o desejo feminino como tal cria a ausência da mãe” (Cf., Soler, 2003/2005).

Há particularidades culturais em relação à maternidade, além da acessibilidade à assistência de saúde apresentar suas diferenças em cada parte do mundo. Temos alguns países ofertando seguro saúde e amplo acesso aos serviços de medicina reprodutiva, enquanto outros lidam com possibilidades mais restritas. Em nosso país, o Sistema Único de Saúde (SUS) contabiliza cerca de oito centros de medicina reprodutiva¹ vinculados a órgãos do governo estadual ou federal, que ofertam o trabalho especializado da equipe em laboratórios. Geralmente, tais centros não possuem condições de custear as medicações que as pacientes precisam tomar e, mesmo tendo que arcar com alguma parcela onerosa do tratamento, a procura é imensa. Verifica-se longas e progressivamente maiores filas de espera frente às novas possibilidades de rearranjos familiares e um aumento da faixa etária das mulheres que desejam iniciar um tratamento. Nessa perspectiva contemporânea da reprodução para todos,

¹ Região Centro-oeste: Centro de reprodução assistida do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), Brasília, DF; Região Sudeste: Centro de Referência em Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington, SP; Hospital das Clínicas de São Paulo; Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Região Sul: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS; Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS). Região Nordeste: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, Recife/PE.

vemos que a ideia de família se faz mais com a chegada de um filho do que com a conjugalidade.

Para a assistência às pacientes com PGR, o TLC tornou-se uma recomendação geral da MBE devido aos seus resultados favoráveis e a ausência de contraindicação, ligada, a nosso ver, a uma ausência de teorização sobre o método. O sucesso do TLC está ligado ao seu componente subjetivo, que não é investigado pela medicina tomando a mulher em sua singularidade. Mas, entendemos que o modo pelo qual será utilizado pelos profissionais individualmente ou em cada serviço implica em consequências que merecem atenção.

Apesar do ânimo que se mantém com os resultados positivos em todo o mundo, além das evidências da diminuição da taxa de perdas gestacionais, tomamos a distância necessária do entusiasmo para interrogar: o TLC tornou-se um tipo de assistência “subjetiva” e um lugar para se “alojar a subjetividade” das pacientes e dos profissionais dessa clínica da PGR? Entendemos que cada equipe e profissionais individualmente dos centros de medicina reprodutiva do Brasil e de outros países “podem” aplicar ou decidir sobre o TLC em seu serviço. Porém, a adoção do método deve surgir de uma concepção própria ou entendimento das balizas difundidas pelos estudos científicos publicados sobre tal assistência.

A proposta de cuidado com as pacientes por intermédio da fala, propiciando mais atenção a cada uma, pode sinalizar movimentos antagônicos para a abordagem do TLC. Por um lado, localizamos algumas unidades de sentido como: suporte; acolhimento; afetividade; valorização do aspecto psicológico e respeito ao sofrimento imenso da “mãe” que perdeu seu filho/bebê; escuta personalizada e sistemática; segurança na assistência; técnica e suporte convergindo para cuidado. Mas, por outro lado, o que não aparece nos estudos e nem diretamente nas narrativas clínicas remete a um não consentimento com os desfechos em perdas. Não aparecem questionamentos significativos sobre a hora de encerrar com as tentativas. Há insistência na continuidade ou manutenção de um circuito, que sugere a necessidade de obturação de um vazio que, na PGR, é nomeado como “falta de filho” – o vazio de significante para o sexo feminino de cada mulher não é abordado.

As frustrações e mal-estar dos profissionais tem ligação com as cenas repetitivas de pacientes em luto, deprimidas, enviando longas cartas ou chorando durante as consultas. Localizamos que esse contexto é o retrato do que ocorre também no cotidiano de centros de outros países, com ressalva para as características de cada país. Tudo o que envolve a perda e a tristeza é continuamente evitado pelos profissionais, equipes, e todos. Mas será esse o lugar do profissional?

Aventamos o risco de todos os envolvidos comporem uma engrenagem que mantém a crença de que a *relação sexual* existe e de que o filho equivale e garante o *ser mulher*. Embora o papel da medicina seja mesmo o de buscar solução para os entraves do corpo numa ação que busque curar, nossa percepção direciona que pode fazer diferença se os profissionais envolvidos conseguirem lidar com algumas impossibilidades, com a ausência de explicação para determinadas PGR. É preciso assumir as limitações de cada caso que acolherem, tomando uma distância prudente que impeça-os de se apropriarem tanto de uma suposta dor ou luto, quanto de uma suposta satisfação e felicidade acerca do lugar que um filho pode ocupar para uma mulher. Acolher mais a subjetividade da paciente não deve se sobrepor à própria subjetividade.

Pois bem, no segundo capítulo, *Psicanálise e Medicina*, abordamos o encontro da paciente com o médico. Iniciamos com um breve histórico das transformações ocorridas na medicina, inclusive com a introdução da MBE, movimento de abrangência global que visa um aperfeiçoamento da decisão na prática clínica médica (Reis e Reis, 2016). Tal movimento da MBE reposiciona o médico e a medicina de maneira irreversível quanto à subjetividade em jogo na prática clínica. Em nossa época, marcada pelo crescente avanço biotecnológico, a autoridade da medicina e a do próprio médico tem sido diluída na avassaladora difusão de informações. Isso traz consequências não só para o encontro do médico com o paciente, que tem chegado cada vez mais ansioso, como também para o discernimento das melhores decisões a serem orientadas e tomadas nas avaliações e tratamentos.

Julgamos relevante discutir os conceitos de sintoma e de transferência para cada área, bem como aspectos inerentes à interface da psicanálise com a medicina. Defendemos alguns pontos que, segundo Éric Laurent (2007), dominam tal articulação, como os fenômenos da palavra, os fenômenos do corpo e o uso dos medicamentos. A ginecologia é a especialidade que sustenta os desafios de cuidado e assistência às mulheres e onde predomina o foco da medicina reprodutiva. A relação paciente-médico é discutida, apresentando os impasses pertinentes a não equivalência entre demanda e desejo, além do desencontro inevitável no acolhimento de uma mulher, que estruturalmente apresentará a sua face *não-toda*, especialmente em sua busca pela maternidade.

No capítulo *Psicanálise e Maternidade*, as noções de feminilidade e maternidade são discutidas à luz da psicanálise. Com a medicina reprodutiva, a procriação se separou do sexo e o desejo de gravidez igualmente não traduz ou não equivale ao desejo de ter um filho. A maternidade tende a ser idealizada pelas mulheres que compartilham em seus discursos as mães subjetivamente internalizadas por meio de traços particulares da história de cada uma. A

fragmentação multifacetada presente na maternidade caminha lado a lado com essa dificuldade de lidar com o *ser mulher*, com o *feminino* que não se consegue fazer representar tanto para as mulheres como para os homens. Para as mulheres isso é estrutural, tenham conseguido ou não dar à luz e acolher uma criança como filho, em parceria ou não com a ciência. No seu percurso, a menina se depara com a construção da feminilidade e o tornar-se mulher deve ser tomado em sua singularidade. Nossa leitura e pesquisa de autores da psicanálise, como Freud e Lacan, confirmam que ser mãe não recobre o ser mulher. Tal como a morte ou o feminino, o termo procriação não possui representação para o ser falante. Ao investigar o que é o impossível de representar da maternidade chegamos ao papel que um filho pode ocupar na economia libidinal de uma mulher. Nossa hipótese era a de que a condição permanente de incompletude ou inconsistência do significante feminino colocaria a maternidade ocupando, nas mulheres, o lugar idealizado de obturação da falta feminina. A maternidade pode apaziguar incertezas, mas não há mãe sem a mulher, e esta última carrega os efeitos de semblante, de desmedido ou incompleto de forma particular.

Para concluir, discutimos que a recomendação para a paciente poder falar mais com o seu médico torna-se uma verdadeira “isca” – o que pode ser articulado ao conceito psicanalítico de *transferência*, base da própria formação da psicanálise. Nos primeiros passos confusos de Joseph Breuer, médico e amigo de Freud, com a paciente Anna O., nos *Estudos sobre a Histeria* (Breuer & Freud, 1893-1895), é a própria Anna O. que nomeia o método de *talking-cure* (“cura pela fala”) ou *chimney sweeping* (“limpeza de chaminé”) (cf. Lacan, 1960-61/1992).

Entendemos que algo elementar dessa relação entre seres falantes se evidencia ao longo do estudo, apresentando o encontro e desencontro entre pacientes e profissionais de saúde. A relação paciente-médico nessa situação específica da clínica da PGR com a assistência do TLC ganhou destaque na pesquisa teórica e clínica, localizando as dificuldades do amor de transferência. Localizamos um tipo de “imperativo” no entendimento do TLC, que nos remete aos excessos que são repetidos até automaticamente nas falas de pacientes e profissionais: excessos de perdas, de exames, de tentativas, de sofrimento, de cuidados, de humanização, de afetos e reforços positivos, de técnicas.

O *nada* que fica após cada perda gestacional pode confrontar algumas pacientes com esse impossível de representar ligado à falta de sucesso na gravidez como uma falha do seu *ser mulher*, além do sentido da morte que tende a retornar em cada perda. Seguindo esse raciocínio, as pacientes tornam-se *mães na perda*, mães de um filho morto e idealizado. A possibilidade para essas pacientes falarem mais disso, seja com o médico, com a enfermagem,

com psicólogos ou até com outros profissionais da equipe, pode gerar *oportunidade* de novos rumos. Por exemplo, o próprio seguimento com sucesso de uma gravidez subsequente e como essa mulher lidará com um filho real; a interrupção do acompanhamento e das técnicas médicas sem necessariamente a paciente tornar-se mãe; o encerramento do circuito de gravidez e de perda, ainda que se mantenha a busca e suporte da equipe; ou a decisão pela adoção legal de uma criança mantendo ou não o suporte da equipe ou somente do psicólogo.

Nesse sentido, o circuito subjetivo da PGR está sempre aberto a se romper, inaugurando o espaço para pelo menos duas grandes direções: uma está traduzida no sucesso aparente do TLC, com o prosseguimento da gravidez subsequente até a maternidade real com o bebê em casa; e a outra é o sucesso do acolhimento, mas em sua face de permanência cristalizada ou acirrada no circuito da repetição da perda, com lugar no real do corpo para uma identidade de “mãe”, mas de *filhos impossíveis*, que assim são mantidos, pois são continuamente perdidos e lembrados. Tal acirramento desse circuito de repetição das tentativas e perdas gestacionais, ainda que a equipe procure auxiliar a essas pacientes, visando um ponto de basta para as tentativas, conta com as ofertas da ciência que se configuram uma sedução a mais², podendo fazer com que a mulher não consinta com a falta ou com a frustração de sua demanda. Essa ação do TLC, contudo, será sempre sem garantias, e o lugar do médico, da equipe ou do psicólogo não coincidem com o lugar do psicanalista, que não deixa de dar suas contribuições, a despeito das várias armadilhas existentes nessa clínica delicada da medicina reprodutiva. Acreditamos que, ao ocupar o lugar de médico ou de “objeto medicinal” de atenção e cuidado, não se encarna para o paciente o lugar de sujeito-suposto-saber, componente da transferência analítica. Estar advertido disso constitui uma contribuição possível da psicanálise nessa interface inevitável com a angústia de pacientes e profissionais. Angústia que a clínica mostra que pode ser partilhada entre pacientes, médicos, psicanalistas e outros profissionais de uma equipe de saúde. Por isso é importante que haja um psicanalista nessa interface, pois tal contribuição possui um caráter ético e configura-se um “pequeno nada”, que é o de apontar e sustentar o lugar da singularidade e da angústia junto a uma equipe.

² Por exemplo, a ampliação da idade da mulher para 50 anos de idade ou mais para tratamento para infertilidade (cf. CFM 2121/2015).

Capítulo 1 – Apresentação da pesquisa e de alguns conceitos da medicina reprodutiva

Discutiremos nesta tese os desafios da mulher em seu percurso de *ser em falta* com o significativo para seu sexo e o impasse que a rodeia, ou que ela própria tenta contornar, frente ao suposto desejo de *ser mãe*. Interessa-nos os casos onde surgem obstáculos para se alcançar a maternidade, com seus desdobramentos, conflitos e repetições relativos aos desafios da sexualidade feminina. Nesse contexto, a relação de uma mulher com a medicina pode ser caracterizada como uma aliança ou pacto, visando aparentemente à gravidez e à assunção a maternidade.

Parte da complexidade desse pacto entre paciente e médico está relacionada à problematização existente entre demanda e desejo, que, do ponto de vista da psicanálise, não coincidem. Entendemos que tal situação implica um posicionamento cuidadoso ou de *docta ignorantia* por parte dos profissionais frente ao sintoma que, em geral, é trazido pela paciente da medicina reprodutiva. As demandas, com as especificidades de cada caso, tendem a se apresentar com o peso de um sofrimento e dor multiplicados pelo investimento e pela posição psíquica que cada mulher constrói frente ao lugar subjetivo de um filho/criança. Quando, ainda, soma-se a isso o empenho dos profissionais em fazer a gravidez se realizar, as queixas dessas pacientes podem se apresentar como verdadeiros imperativos histéricos que mobilizam a ciência médica a buscar exaustivamente o saber e eliminar o desconforto a qualquer custo.

Neste capítulo, nosso objetivo é conceituar a infertilidade e as Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) vinculadas ao seu tratamento, bem como o diagnóstico de Perda Gestacional de Repetição (PGR). Além disso, veremos a recomendação da Medicina Baseada em Evidência (MBE) para que ocorra a assistência denominada de *Tender Loving Care* (TLC). Nossa meta é localizar o contexto clínico médico que envolve a paciente com PGR e seu parceiro na busca da assistência especializada da medicina reprodutiva, visando uma gravidez bem sucedida. Não nos aprofundamos na literatura médica e científica mais específica da área, mas buscamos estudos que, além da conceituação, nos auxiliassem na discussão da relação paciente-médico e paciente-equipe. Ademais, investigamos o lugar ocupado pelo suporte do TLC em outros serviços do mundo para favorecer nossa leitura. Finalizamos com a apresentação da pesquisa realizada no serviço de medicina reprodutiva do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

1.1 – Infertilidade

A taxa de gravidez da espécie humana é baixa – fica entre 20 a 25% por ciclo ovulatório – se comparada a outros mamíferos, que chegam a atingir mais de 80%. A idade avançada da mulher é um fator fundamental para a diminuição das chances de engravidar, especialmente após os 35 anos. Isso justifica porque os resultados das TRA são considerados importantes, mesmo que baixos quando tomados isoladamente. A idade materna na primeira gravidez elevou em três anos nas últimas décadas e, com as mulheres engravidando mais tarde, a taxa de fertilidade declina, tornando mais difícil ainda a gravidez, mesmo com a ajuda de TRA (cf. Lemos e cols., 2016, p. 989).

Fertilidade é a capacidade de gerar uma prole, enquanto a definição clínica de infertilidade é a incapacidade de obter uma gravidez bem sucedida após doze meses ou mais de relações sexuais regulares e desprotegidas (cf. Zegers-Hochschild e cols., 2009). A duração da infertilidade é o período em que as pessoas estão tentando ter um bebê sem sucesso, apesar da descontinuação do método contraceptivo. A infertilidade primária é quando não ocorreu gravidez em nenhum momento; a secundária é quando já houve pelo menos uma gravidez, independente do desfecho, isto é, se tem ou não um filho, mas não consegue engravidar novamente. Sabe-se que, apesar dos avanços e de exames detalhados, não é possível distinguir uma mulher fértil de uma infértil. Também não se consegue definir a causa da infertilidade em até 25% dos casos, configurando para esse grupo um quadro de Infertilidade ou Esterilidade sem causa aparente, chamado de “ISCA” ou “ESCA”. De um modo geral, a infertilidade causada por fatores femininos apresenta a taxa de 35%, por fatores masculinos é de 30%, por ambos os fatores a taxa é de 20%, e os casos sem qualquer diagnóstico que justifique a infertilidade chegam a 15%. Para as gestações clínicas, aquelas comprovadas por exame de ultrassom ou por sinal clínico definitivo de gravidez, cerca de 10 a 15% resultam em abortamento espontâneo (Cruzeiro & Pereira, 2016, p. 939).

Esse risco de perda espontânea da gestação se eleva com a idade da mulher, chegando a 40% aos 40 anos. As causas se distribuem em diversos fatores, cerca de 35% a 40% dos abortamentos espontâneos ficam sem definição. Os outros 60% das causas identificadas são: genéticas, anatômicas, infecciosas, endocrinológicas e imunológicas. A prevalência média da infertilidade nos Estados Unidos da América e no Reino Unido é de 14%, mas varia e aumenta entre os casais de acordo com a idade da mulher. No Brasil, os dados apontam para

uma taxa de infertilidade de 15% entre mulheres de 25 a 49 anos (Cruzeiro & Pereira, 2016, p. 940).

A avaliação das mulheres com infertilidade implica em investigar fatores ovulatórios, tubários e uterinos, além de fatores masculinos. Nos homens, apenas após os 50 anos há queda do padrão seminal e da fertilidade. As mulheres em parceria homoafetiva ou com parceiros estéreis necessitam do banco de sêmen para uma FIV. Para situações de casais femininos homoafetivos³, a possibilidade de gravidez com sêmen de doador implica em doação anônima e sem lucro financeiro. Quando a mulher possui mais de 36 anos, a avaliação tende a se antecipar e, mesmo quando não se encontra anormalidade (ISCA ou ESCA), o tratamento deve ser iniciado imediatamente por causa da idade elevada (cf. Cruzeiro & Pereira, 2016). O tratamento implica na utilização de TRA, com dispositivos laboratoriais e farmacológicos, estruturados em etapas a serem seguidas e descartadas uma a uma, de acordo com a idade e a causa da infertilidade, bem como outras características da paciente/casal. Tais TRA exigem organização, disciplina e persistência por parte não só dos profissionais e equipes assistentes, mas especialmente das mulheres/pacientes.

1.2 – Técnicas de Reprodução Assistida - TRA

O nascimento de Louise Joy Brown, conhecida na época como o “bebê de profeta”, em 1978, na Inglaterra, foi marco inicial do sucesso das TRA, via Fertilização *in vitro* (FIV). Em 1981, na França, nasce Amandine, e, em 1984, nascem Zoe Leyland, na Austrália, e Anna Paula Caldeira, no Brasil. Desde 1978, a técnica se espalhou e hoje é uma realidade para mais de cinco milhões de crianças nascidas⁴. A FIV é um dos procedimentos mais complexos da medicina reprodutiva e, a partir dessa conquista, as estratégias de laboratório aumentaram surpreendentemente as chances de gravidez para algumas mulheres ou casais que, de outra maneira, jamais teriam acesso à procriação. Lemos e cols. (2016) pontuam que as TRA permanecem sendo explicadas de acordo com os aspectos da fertilidade. Os procedimentos que fazem parte do grupo mais complexo, de alta tecnologia, para promover o encontro do

³ A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) preconiza um acompanhamento psicológico para tais casos. Ver Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA, n. 33, de 2006. Disponível em: <http://www.anvisa.org.br>

⁴ Cf. <http://www.oglobo.globo.com/sociedade/saude/trinta-anos-depois-como-esta-jovem-que-foi-primeiro-bebe-de-profeta-do-pais-14163920> (atualizado em 07/10/2014). Acessado em dezembro de 2015.

espermatozoide com o óvulo, formam o conjunto estrito da Fertilização Assistida. Na própria fertilização do óvulo *in vitro*, em laboratório, o embrião resultante da fertilização é transferido ao útero da mulher, que previamente foi submetida a uma estimulação hormonal ovariana; a ICSI (injeção intracitoplasmática de espermatozoide no óvulo) revolucionou a infertilidade masculina ao conseguir injetar um único espermatozoide no oócito/óvulo e promover a fertilização; a GIFT (transferência intratubária de gametas) e a TE (Transferência de embrião tubária/TET ou uterina) complementam os procedimentos. Outra intervenção delicada é a *Assisted hatching*, que consiste em fazer uma abertura na zona pelúcida (parede externa do embrião), visando facilitar sua saída ou eclosão (*hatching*) (Cf. Lemos e cols., 2016, p. 990-994).

Vale destacar que, como em qualquer outra situação de intervenção sobre o corpo, há riscos de complicações na realização das TRA, dependendo de cada caso. Porém, tais riscos não se comparam aos da época em que o procedimento era experimental. Por exemplo, após décadas, foi revelada a morte de uma mulher durante a retirada de óvulos, quando tentavam experimentalmente a FIV no Brasil, antes de 1984. Naquela época, o procedimento exigia a abertura do abdome da mulher, enquanto atualmente, com uma agulha, o procedimento não dura mais que 15 minutos⁵. Para as TRA de hoje, a gravidez múltipla via FIV e a Síndrome de hiperestímulo ovariano são as principais complicações a serem evitadas, dentre outras, como os desconfortos de intensidade variados em cada mulher devido aos hormônios utilizados. Ainda há os riscos pertinentes a cada exame, dentre os inúmeros que são exigidos, em algumas etapas da avaliação ou tratamento. Esses exames frequentemente são arquivados por essas pacientes em bolsas ou pastas que constituem “seus tesouros”. Na fala de alguns médicos, muitos desses exames são desnecessários, porque as pacientes da medicina reprodutiva passam por inúmeras triagens até chegarem aos especialistas, que ainda pedirão os procedimentos mais específicos da avaliação. Dessa forma, os resultados vão compondo a pasta de algumas pacientes, que frequentemente se colocam numa posição de “comprovar” seu empenho em ter um filho ou de realçar os sacrifícios já realizados para se alcançar “o sonho”. A maneira como cada profissional que atende essa mulher recebe sua “pasta de tesouros” tende a fazer muita diferença na consulta e na impressão que a paciente leva para o futuro desse encontro. Uma delas, muito ansiosa, vem pela primeira vez ao atendimento psicológico portando sua pasta e a mostra tanto orgulhosa quanto chorosa. Diante de vários laudos e exames de ultrassom que ali estavam expostos, observa-se que ela os colocara na

⁵ Cf. <http://www.oglobo.globo.com/sociedade/saude/trinta-anos-depois-como-esta-jovem-que-foi-primeiro-bebe-de-proveta-do-pais-14163920> (atualizado em 07/10/2014). Acessado em dezembro de 2015.

ordem do mais antigo para o mais recente. Uma questão lhe foi dirigida sobre sua pasta: Qual era o mais importante dentre os exames visto ela ter exposto que os resultados mais recentes foram os que lhe trouxeram maior tristeza? Porém, estes estavam escondidos no final da pasta. Ela afirma que o primeiro exame representava o antes e o depois em sua vida, que tudo mudou completamente após decidir que teria filhos.

Nossa leitura de dados técnicos e biológicos pertinentes ao contexto das TRA ainda teria elementos para se alongar se fôssemos enumerar outros detalhes dos procedimentos clínicos e laboratoriais envolvendo estimulação ovariana, doação, coleta e até conservação de gametas (congelamento de células por criopreservação, banco de gametas e embriões). Mas todos os caminhos e procedimentos empenhados convergem para a busca por uma gravidez demandada por pacientes em seus múltiplos arranjos tradicionais ou modernos de família (por exemplo, os casais heterossexuais, a mulher da produção independente, as parcerias homoafetivas masculinas ou femininas, ou, ainda, quando necessária, a gestação em útero de substituição). E as possibilidades futuras com as TRA são incalculáveis quando pensamos ainda na parceria com a engenharia genética, outro campo da medicina que trouxe revoluções, fantasias e inquietações, especialmente éticas, com as pesquisas de célula-tronco, clonagem e o Projeto Genoma⁶, para citar apenas algumas, além da biologia molecular (cf. Sandel, 2013; Le Breton, 1999/2013).

Como pontuamos na introdução do capítulo, não é nossa finalidade aprofundarmos na especificidade da literatura científica da infertilidade, embora nos interesse observar e discutir como as decisões e invenções da biotecnologia médica estão sendo utilizadas subjetivamente pelas pacientes. Cada nova oferta da ciência médica carrega efeitos sobre o modo de viver das pessoas. Já vemos discussões de campos diferentes do conhecimento girando em torno de uma antevisão de um futuro cada vez mais *tecnobiocientífico* e “cibernético”⁷.

O que buscamos destacar nessa parte, além das informações dos procedimentos, é o ambiente carregado de técnica e evolução científica, amparado por estudos confiáveis e organizados, que traduzem um trabalho obstinado de profissionais e cientistas visando as possíveis e melhores decisões clínicas, com efeitos que vão muito além do campo biológico. Tal ambiente se traduz como um dos desafios presentes no contexto da consulta médica na ginecologia e, em especial, na medicina reprodutiva, caracterizando o movimento de abrangência global da MBE, que ganha destaque como “aperfeiçoamento da tomada de

⁶ Sfez (1995) descreve em detalhes a história desse projeto.

⁷ Le Breton (1999/2013) destaca que o Projeto Genoma, em parceria com a biologia molecular, só foi possível devido ao apoio logístico do computador. “Biologia e informática caminham juntas, encarnando os dados fundadores do mundo contemporâneo” (p. 104).

decisão” (Reis e Reis, 2016, p. 1287). Os estudos de boa qualidade, as revisões sistemáticas e a busca de isenção de interesses políticos ou econômicos, fazem da MBE, segundo Reis e Reis (2016), a possibilidade de melhores orientações e cuidados na saúde da mulher. Além disso, o movimento se configuraria, para os profissionais, um verdadeiro treinamento para a “integração da *expertise* clínica e de valores do paciente no melhor conhecimento científico disponível” (Reis e Reis, 2016, p. 1287).

Entretanto, estamos atentos ao alerta de Freud (1910/1987), que continua legítimo, quando pontua que um organismo vivo, ainda que tenha sido feito para obedecer a um saber que lhe domina, que são suas características biológicas que o fazem viver, pode deixar de servir total ou parcialmente à sua finalidade considerada natural. Miller (1999), acerca do corpo e do biológico, afirma:

Trata-se de mostrar que o corpo não é separado do saber e que, antes de tudo, há um saber do corpo, um saber no sentido próprio da articulação significante. Trata-se do saber produzido pelo discurso da ciência. É por isso que, para indica-lo, prefiro recorrer à fisiologia e não à psicologia animal, onde o saber em jogo é mais da ordem do conhecimento, da orientação em um meio ambiente (p. 46).

Com essas ponderações, passemos às informações do diagnóstico médico de PGR e seu contexto mais específico de assistência da equipe multidisciplinar de saúde, envolvendo aspectos subjetivos.

1.3 – Infertilidade por Perda Gestacional de Repetição (PGR): aspectos conceituais e subjetivos

Considera-se o diagnóstico de PGR quando há duas ou três perdas gestacionais espontâneas consecutivas do mesmo par parental dentro de 22 semanas, e com peso inferior a 500 g do concepto ou feto. Embora seja relativamente comum alguma perda gestacional, dentre as gestações diagnosticadas clinicamente, cerca de 15% delas resultam em perda espontânea. A ocorrência observada de PGR em mulheres férteis é de 1% (alguns autores apontam entre 0,6 a 2%; cf. Apgar & Churgay, 1993) e tal taxa é considerada elevada, superando o risco estimado matemático, que não deveria ultrapassar 0,3%. Por esse fato, a PGR corresponde a um quadro ou estado patológico para a medicina. Embora o casal consiga a concepção, a sustentação da gravidez não se mantém. O risco de perder uma segunda

gestação após perder a primeira é de 15%, mas sobe para 20% e chega a 35% após três perdas, sem contar que, com a idade da mulher, a taxa do risco se eleva ainda mais (cf. Kretli, Paiva & Lage, 2016).

Diante desse quadro, algumas mulheres se dispõem a realizar um acompanhamento especializado e, se for o caso, outras TRA visando concluir uma gestação. Por outro ângulo, a gestante que perdeu três ou mais gestações consecutivamente tem cerca de 60% de possibilidade de conseguir levar uma próxima gravidez até o fim, sem intervenção médica (Stray-Pedersen & Stray-Pedersen, 1984). Isso se justifica pelas causas da PGR, que se distribuem entre fatores imunológicos, genéticos ou etiologia multifatorial, sendo que, em quase metade dos casos (50%), permanece sem definição da causa (Porter & Scott, 2005).

Quadros de luto, angústia, instabilidade afetiva, com sentimentos de inferioridade, ansiedade e culpa são citados em diversos estudos como os aspectos subjetivos mais frequentemente apresentados pelas pacientes da infertilidade em geral e também pelas pacientes com PGR. Constata-se que os profissionais já “esperam” que a paciente esteja angustiada ou com respostas ansiosas⁸. E, no caso da PGR, quanto maior o número de perdas, a situação tende a se agravar. Essas informações são apresentadas de forma recorrente nas publicações médicas. A necessidade de maior preparo dessas equipes para receber os pacientes, melhorando a qualidade de atendimento, também é tema permanente dos artigos.

Vários estudos que encontramos são realizados com o objetivo de avaliar em detalhes os aspectos subjetivos da mulher e, às vezes, do casal frente às dificuldades vividas⁹. Outras pesquisas reconhecem o desconforto do médico e das equipes que lidam com as mulheres da infertilidade, em especial, com as da PGR¹⁰. É possível constatar uma necessidade de satisfazer o máximo possível essas pacientes em assistência na medicina reprodutiva. Os títulos desses estudos carregam uma conotação de desgaste, de pressão ou cobrança sobre os centros e equipes assistentes, envolvendo trabalho árduo ou, ainda, um confronto aos profissionais. Vejamos alguns títulos em tradução aproximada, onde podemos constatar essa observação: “Enfrentando o desgaste das TRA: uma aproximação integrada para a equipe médica”¹¹; “Atualização da sua clínica: TRA de alta qualidade”¹²; “Quando e por que casais

⁸ Cf. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2012.

⁹ Cf. Dancet, E. A.F.; Nelen, W. L. D. M.; Sermeus, W.; De Leeuw, L.; Kremer, J. A. M. & D’Hooghe, T. M., 2010.

Cf. Francisco, M. D. F. R.; Mattar, R.; Bortoletti, F. F. & Nakamura, M. U. (2014). Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. *Revista brasileira ginecologia e obstetrícia*, 36(4), 152-156.

¹⁰ Cf. Boivin, J.; Domar, A. D.; Shapiro, D. B.; Wischmann, T. H.; Fauser, B. C. & Verhaak, C., 2012; Jauniaux e cols., 2006.

¹¹ Cf. Boivin, J.; Domar, A. D.; Shapiro, D. B.; Wischmann, T. H.; Fauser, B. C. & Verhaak, C. (2012). Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Human Reproduction*, 27(4), 941-950.

inférteis descontinuem seus atendimentos na medicina reprodutiva?”¹³; “Discutindo preferências de tratamento com pacientes que querem *tudo*”¹⁴; “Os profissionais de saúde da reprodução assistida ainda desapontam seus pacientes?”¹⁵; “Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição”¹⁶; “A dificuldade com a paciente da Fertilização *in vitro*: uma abordagem individualizada”¹⁷. Vejamos, agora, algumas dessas fontes e suas contribuições.

A revisão sistemática de Dancet e cols. (2010) investigou a medicina reprodutiva centrada no paciente e sua importância para a qualidade da assistência prestada, destacando que as pacientes possuem necessidade de respeito, organização, acessibilidade, informação, conforto, suporte e envolvimento de seus parceiros. Nessa revisão também é valorizado o relacionamento das pacientes com a equipe assistente, e há a defesa do atendimento às “necessidades humanas” ao lado ou tão importante quanto as “necessidades médicas”.

O estudo de Boivin e cols. (2012) chama a atenção para um desgaste ou esgotamento provocado pelas TRA e sobre a importância da integração da equipe médica no enfrentamento do quadro. São relatados motivos ou problemas que podem levar os pacientes à descontinuidade dos tratamentos nas clínicas de fertilidade, e as conclusões muitas vezes apontam para outras direções que o prognóstico ruim ou o custo do tratamento. As causas são classificadas e ligadas aos pacientes, à clínica e ao tratamento recebido. Em relação à paciente, os autores observam que quanto mais *depressiva e estressada*¹⁸, maior o desgaste, não só dela, mas também da equipe. Além disso, eles constatam que o estresse do lado da equipe aparece, por exemplo, na ocasião das más notícias, que podem suscitar reações negativas nas pacientes. Os efeitos colaterais dos medicamentos constituem outra causa de abandono de tratamento, e os dados apresentados recomendam uma visão integrada da situação por parte da clínica/equipe para se discutir o desgaste e seus efeitos tanto em pacientes como na equipe. Ao empreenderem mudanças, constataram uma redução da

¹² Cf. Van Empel, I. W.; Nelen, W. L.; Hermens, R. P. & Kremer, J. A. (2008). Coming soon to your clinic: high-quality ART. *Human reproduction*, 23(6), 1242-1245

¹³ Cf. Brandes, M.; Van Der Steen, J. O. M.; Bokdam, S. B.; Hamilton, C. J. C. M.; De Bruin, J. P.; Nelen, W. L. D. M. & Kremer, J. A. M. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction*, 24(12), 3127-3135

¹⁴ Cf. Quill, T. E.; Arnold, R. & Back, A. L. (2009). Discussing treatment preferences with patients who want “everything. *Annals of Internal Medicine*, 151(5), 345-349.

¹⁵ Cf. Franklin, S. & Johnson, M. H. (2013). Are assisted reproduction health professionals still letting down their patients? *Reproductive biomedicine online*, 5(27), 451-452.

¹⁶ Cf. Francisco, M. D. F. R., Mattar, R., Bortoletti, F. F., & Nakamura, M. U. (2014). Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. *Rev. bras. ginecol. obstet.*, 36(4), 152-156.

¹⁷ Cf. Reichman, D. & Rosenwaks, Z. (2015). The difficult *in vitro* fertilization patient: an individualized approach. In *Seminars in reproductive medicine* (Vol. 33, No. 2, pp. 153-158).

¹⁸ Depressão e estresse são diagnósticos frequentes nos artigos e no cotidiano dessa prática médica e tendem a ser abordados predominantemente a partir de bases biológicas e psicossociais.

descontinuidade do tratamento por parte dos pacientes, com melhoria do que eles chamam de qualidade de vida de pacientes e da equipe, chegando finalmente a resultados melhores com as taxas gerais apuradas de gravidez. Esses autores concluem que, em geral, os resultados tendem a ser melhores quando o tratamento é vivenciado como uma experiência mais positiva para a paciente e também para os membros da equipe. Nesse estudo, a subjetividade da equipe também se apresenta vinculada ao esforço em atender pacientes com estresse e deprimidas. Valorizar o trabalho da equipe/clínica é recomendado, então, para se alcançar os objetivos de diminuir o abandono do tratamento e de melhorar as taxas de gravidez do serviço (Boivin e cols., 2012). Em nossa reflexão, observamos uma necessidade desses autores de afastar o máximo possível o mal-estar da cena médica.

Encontramos em mais de um estudo a expressão “TRA de alta qualidade”¹⁹. Verifica-se igualmente a preocupação presente nas publicações de constantemente buscar melhorar a qualidade da assistência aos pacientes da infertilidade. Seriam princípios práticos clínicos que visam diminuir o foco apenas nos resultados do serviço, embora seja visível que eles estão em pauta o tempo todo. Os trabalhos também recomendam priorizar mais o cuidado e a assistência para superar a desordem, ao invés de focar na doença em torno da/o paciente. Isso coloca especialmente a paciente num lugar específico de prioridade ou parceria nesse ramo da medicina. Isso pode ser desejado em outras especialidades médicas, mas na medicina reprodutiva parece haver um pacto ou parceria que se destacam.

Dessa forma, a expressão “TRA de alta qualidade” é defendida como terminologia mais adequada e menos ambígua do que a assistência chamada de “amigável” ou “mais afetiva”, vista em alguns estudos, inclusive envolvendo o TLC. Os tratamentos nas clínicas de infertilidade são caros, longos e com taxas de sucesso baixas. Nessa assistência, os pacientes querem ser bem orientados sobre alternativas de tratamentos e possíveis mudanças de estilo de vida. As clínicas, por outro lado, não devem exercer sedução com atrativos sobre os pacientes, mas, sendo avaliadas continuamente, elas utilizam os resultados dessas avaliações buscando saber o que mantém ou o que afasta os pacientes dos tratamentos para infertilidade. Os dados são difundidos visando sanar o maior número de insatisfações e fornecer mais segurança aos profissionais (Cf. Brandes e cols., 2009; Van Empel e cols. 2008).

¹⁹ Cf. Van Empel, I. W.; Nelen, W. L.; Hermens, R. P. & Kremer, J. A. (2008). Coming soon to your clinic: high-quality ART. *Human reproduction*, 23(6), 1242-1245. E também Dancet, E. A. F.; Nelen, W. L. D. M.; Sermeus, W.; De Leeuw, L.; Kremer, J. A. M. & D'Hooghe, T. M. (2010). The patients' perspective on fertility care: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 16(5), 467-487

Nas publicações também aparecem, em alguma medida, resultados envolvendo os estados emocionais depressivos, estresse, ansiedade e diagnóstico restrito, que envolvem a particularidade de cada paciente. O foco em alta qualidade como sinônimo de cuidado em todas as dimensões é defendido nos estudos como o mais aceito entre os médicos da área. Entretanto, nos países onde não há reembolso pelo sistema de saúde para esse tratamento²⁰, ou a mulher está com idade avançada, esse enfoque altamente especializado não se faz tão favorável ou de forma linear. Alguns autores propõem aumentar as dimensões com o foco de alcançar a satisfação do paciente em mais dois aspectos, além da segurança, eficácia, eficiência e equidade de acesso. A proposta seria acrescentar a dimensão do atendimento paciente-centrado e a dimensão do tempo oportuno para o cuidado. Em estudos mais recentes, há essa recomendação de tratamentos individualizados para as pacientes com diversos diagnósticos. Essa personalização ganha dimensão tanto técnica, visando o resultado do procedimento, quanto subjetiva, para controlar ou diminuir os quadros de desgaste emocional e estresse geral. As propostas de abertura ao diálogo aparecem frequentemente nas conclusões dos estudos ou nas recomendações para que as equipes aceitem conversar de forma mais demorada e detalhada com seus pacientes, especialmente com as pacientes da FIV, que são caracterizadas como “únicas e desafiadoras”, e as da PGR, visando o suporte psicológico pela “tendência depressiva” (Brandes e cols., 2009; Van Empel e cols., 2008; Scott, 1994; Verhaak e cols., 2007; Jauniaux e cols., 2006; Franklin & Johnson, 2013; Reichman & Rosenwaks, 2015).

O sistema gradativo de avaliação das evidências da MBE é enfatizado em vários artigos, destacando as características de qualidade e força das mesmas, que vão desde a insuficiência (nível C), da evidência longe de ser uma recomendação (nível B), até as consideradas boas evidências, que suportam as recomendações a favor ou contra determinada ação ou procedimento/tratamento. A MBE é utilizada no cotidiano da medicina reprodutiva e, quanto mais as técnicas ganham em complexidade e custo, mais se recomendam as avaliações individualizadas para cada paciente. Além disso, em todas as clínicas da medicina, especialmente nas que envolvem procedimentos de ponta, encontramos os chamados “pacientes que querem tudo”. Esses acabam exigindo que os médicos lhe coloquem limites, implicando em cuidado e reflexão dos argumentos a serem empregados (Quill e cols., 2009;

²⁰ No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) não fornece aos centros de reprodução assistida ligados ao serviço público as medicações que a paciente utiliza para estimulação ovariana, mas mantém a oferta da estrutura do laboratório e da assistência da equipe.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, & Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology, 2014).

Sobre a recorrência de quadros de luto, de tristeza nas mulheres e da suposta intensidade que vai gradativamente crescendo à medida que as repetições ocorrem na PGR, alguns estudos chegaram a sugerir uma possível etiologia psicológica (Stray-Pedersen, 1984; Stray-Pedersen, 1988). As pacientes com PGR são consideradas com maior propensão à angústia, depressão, ansiedade e sentimentos de aflição e culpa. Entretanto, observamos como é arriscado conceber um perfil psicológico prévio dessas ou de outras pacientes, ainda que não haja dúvida de que se trate de quadro fértil a comoções e intensa mobilização psicológica. Simone Perelson (2013) alerta sobre essa asserção frequente da medicina reprodutiva, que supõe haver uma causalidade inconsciente ou de ordem psíquica para a infertilidade, especialmente quando a tecnologia médica não consegue explicar. Perelson (2013) apoia-se nos trabalhos de Sylvie Faure-Pragier para apontar os problemas desse tipo de raciocínio, como o risco do psiquismo se configurar o *locus* depositário do “que não tem causa”: “por que a presença de uma anomalia do funcionamento endocrinológico ou da permeabilidade das trompas, que afirmam a organicidade, excluiria uma causalidade psíquica?”; “através de que milagre o psíquico se manifestaria na ausência de concepção sem provocar nenhuma disfunção fisiológica?” (Cf. Faure-Pragier, 1997, p. 66, citada por Perelson, 2013, p. 248).

Veremos à frente que a percepção dos especialistas acerca do aumento crescente do sofrimento da mulher ser proporcional à quantidade de perdas também se apresenta no discurso das pacientes e profissionais de nossa pesquisa. Observamos que, para cada paciente, a experiência da repetição da perda gestacional será vivenciada de modo distinto, mas o discurso de imediato tende a ser hegemônico.

Ressaltamos que a ciência médica está a serviço de fazer existir a cura para o que não funciona bem biologicamente – e esse é o seu papel real. Na PGR, a ciência médica está integrada com a busca por alcançar a gravidez e interromper a série de perdas. Mas, do ponto de vista da psicanálise, isso é uma busca reatualizada da necessidade de *fazer existir a relação sexual* (uma tentativa de colocá-la na escrita, de escrevê-la) e de tentar promover o encontro que nessa clínica está ligado a uma gravidez “completa”, com o bebê no colo da mãe.

1.4 – *Tender Loving Care (TLC)*

Vários estudos e revisões apontam o TLC e o aconselhamento em saúde como as únicas intervenções com as pacientes da PGR sem causa aparente que não necessitam de mais estudos randomizados para sua recomendação (Practice Committee, 2012; Jauniaux e cols., 2006).

O TLC tem seu início no trabalho pioneiro da pesquisadora e médica Lesley Regan em 2001 no Hospital Saint Mary, em Paddington, na Inglaterra. Seus estudos no campo do abortamento espontâneo na década de 1980 levaram-na a um excelente currículo clínico. Regan, aos 40 anos de idade, foi a primeira mulher na Inglaterra a ser nomeada professora chefe do departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Colégio Imperial da Escola de Medicina de St. Mary. Sobre a PGR, ela afirma que, em geral, a ginecologia e a obstetrícia são áreas felizes e mais positivas, visto que a maioria das pacientes não é enferma grave e, quando isso ocorre, não é frequente. Entretanto, confessa que, em seu período de formação médica, ao deparar-se com as histórias tristes de PGR, não sabia o que dizer. Regan conta que buscou nos livros e nada encontrou, pois os conteúdos lhe pareciam “secos”, ou frios, não lhe ajudando a lidar com aquelas situações de “cortar o coração”. Assim, um sentimento de completa impotência lhe direcionou as pesquisas, cujos dados positivos resultaram na recomendação de um suporte mais personalizado e afetivo às pacientes consideradas por ela como frequentemente “perdidas e vulneráveis”²¹.

No TLC, os estudos não randomizados relataram que um suporte psicológico no início da gestação subsequente às perdas diminui as taxas de abortamento em mulheres com PGR sem causa aparente. Os resultados foram muito animadores no estudo de Stray-Pedersen e Stray-Pedersen (1984) com mulheres recebendo aconselhamento pré-natal e suporte psicológico, que tiveram taxas de sucesso em gestações posteriores de 86% em comparação a uma taxa de 33% no grupo controle. A pesquisa de Clifford e Regan (1997) mostrou que o suporte junto à equipe/clínica diminuiu a taxa de perda gestacional para 26%, contra 51% de abortamento entre as pacientes que não foram acompanhadas. Os resultados se repetem e acabam promovendo uma hipotética associação entre fatores psicológicos e a PGR, mas os dados sobre as causas psicológicas sempre culminam inconclusivos (Practice Committee, 2012).

²¹ Independent (Journal) – Saturday (22/10/2011). Disponível em: www.independent.co.uk/life-style/birth-of-a-prof-1312866.html, recuperado em 21/11/2015.

Assim, o TLC é recomendado porque seu benefício é considerado comprovado, não havendo necessidade de definir como ele opera no “provável” processo subjetivo que pode estar vinculado à PGR. É uma abordagem frequentemente associada ao suporte psicológico e ao aconselhamento em saúde feito pela equipe. O suporte psicológico implica em oferta do serviço de psicologia. Mas, em geral, é possível verificar nos estudos e na opinião da própria Lesley Regan a importância do acolhimento mais afetivo e personalizado por parte de toda a equipe (médicos e outros profissionais) da paciente nesse acompanhamento de uma gravidez subsequente às perdas. O envolvimento do parceiro, ou de outra pessoa da família ou afetivamente importante para a paciente, também pode ser estratégico, segundo vários pesquisadores (Dancet e cols., 2010; Scott., Berkowitz & Klaus, 1999).

Vale destacar que, pela revisão dos estudos que empreendemos, os princípios ligados ao TLC estão se estendendo para toda a clínica da infertilidade. O atendimento de alta qualidade ou *a medicina centrada no paciente* muitas vezes são caracterizados com princípios bem similares aos do TLC, por exemplo: respeito às preferências da paciente; cuidado bem coordenado; conforto físico; suporte emocional; transição e continuidade nos procedimentos; envolvimento de família e amigos da paciente; acesso à assistência; informação, comunicação e educação (Dancet e cols., 2010).

Observamos que as recomendações implicam no médico e na equipe escutarem mais suas pacientes e, com isso, darem mais atenção a cada uma. Os estudos constataam que os pacientes estão mais preocupados com questões sociais e psicológicas, enquanto os médicos tendem a focar mais sobre aspectos técnicos e físicos do cuidado e da doença. Os pacientes também afirmam nas pesquisas que desejam mais informações e alternativas de tratamento, como a adoção de uma criança e as mudanças de hábitos ou estilo de vida (Dancet e cols., 2010). Enfim, parece haver um ideal a se alcançar de um paciente mais ativo ou assertivo em seu tratamento²² e equipes cordiais e pacientes.

Por outro lado, o saber técnico não perde seu poder ao lado do médico, que permanece idealizado pelos pacientes que procuram se informar ao máximo. As pacientes, mesmo quando não possuem muitos recursos financeiros ou grau elevado de instrução, procuram investigar sobre as TRA na mídia, nas redes sociais, em livros e artigos e até nas trocas de informações que ocorrem nas salas de espera dos ambulatórios e clínicas. Elas descobrem onde e quem oferece o tratamento, e algumas chegam a enviar mensagens e cartas aos médicos na expectativa de terem uma atenção especial. Tivemos acesso a algo parecido com

²² Essa ideia de paciente mais ativo ou com mais autonomia também se verifica no conceito da *clínica ampliada* no Brasil (Ministério da Saúde), que preconiza o paciente como *protagonista de seu tratamento*.

uma carta. Abaixo citamos um pequeno trecho de um longo texto datado de 2005, enviado para uma das médicas especialistas da equipe. A remetente era uma mulher com infertilidade primária com causa definida, cujo nome estava na lista geral de espera para se tornar paciente do HC/UFMG. Tal lista é gerada a partir da triagem feita no Posto de saúde (PAM Sagrada Família), de Belo Horizonte, e sempre contou com o tempo de espera de um, dois e, agora, de cerca de três anos ou mais, até a paciente ou o casal serem chamados para uma consulta inicial no HC/UFMG. A paciente consultou-se algumas vezes com a médica no PAM e teria que aguardar o chamado, como todas as outras. É possível apreender algo que sinaliza uma ansiedade no apelo que ela faz de forma explícita:

“Tenho sete anos de casada e o meu maior sonho é engravidar ser “mãe”. Mas me sinto tão triste, sozinha, a chegada de um filho preencherá toda minha felicidade, sou muito criticada pelas pessoas que conheço, alguns familiares. Chegaram a falar que sou impotente e estéril. [...] Dra., por esse tratamento cheguei até sair do meu emprego para pagar minha cirurgia e exames, para tentar apressar o meu grande sonho: “ser mãe”. Mas não me arrependo, só quero realizar o meu sonho para completar minha felicidade. [...]Estou tentando lhe fazer um apelo, que me ajude a realizar meu sonho. Que você imaginasse se fosse você ou uma filha tua. Já me escrevi na fila da inseminação artificial no Hospital das Clínicas de BH, mas estou mais ou menos no número [...]. Logo quando conseguir meu sonho, quero falar com meu filho “a”, esta também é sua mãezinha do coração. Que Deus te abençoe você e sua família”.

1.5 – A Pesquisa

1.5.1 – Descrição geral

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, com entrevistas semidirigidas gravadas e transcritas com amostra intencional (cf. Minayo, 1992), composta por três pacientes diagnosticadas com PGR sem causa aparente e três profissionais membros da equipe do LRH do HC/UFMG. As três pacientes foram encaminhadas por dois médicos para atendimento psicológico e aceitaram participar da pesquisa. Uma paciente manteve-se em atendimento psicológico clínico por todo o período da pesquisa (de agosto a dezembro de 2015), cujos encontros foram registrados. A entrevista com cada participante seguiu um roteiro de questões, com especificidades para profissional (Anexo 1) e para paciente (Anexo 2).

Nossa hipótese era a de que a condição permanente de incompletude ou inconsistência do significante feminino colocaria a maternidade ocupando, nas mulheres, o lugar idealizado de obtenção da falta feminina. Na clínica da PGR, buscamos investigar o impossível de representar da maternidade na interface dessa prática clínica da medicina reprodutiva, que propõe a abordagem do TLC como recomendação da MBE para acolhimento e suporte das pacientes com PGR.

O material textual obtido nas entrevistas e nos registros clínicos foi analisado utilizando o método freudiano de leitura proposto por Miller (2015). Tal método orienta a leitura a partir de três operadores de redução de significantes: repetição, convergência e evitação, objetivando a categorização em unidades de sentido. Voltaremos a esse tema ainda neste capítulo, discutindo o material textual encontrado e os efeitos dessa operação-redução sobre ele, compondo nossa leitura com os conceitos da psicanálise.

1.5.2 – *Objetivos*

- Primário: Articular conceitos psicanalíticos da feminilidade e da maternidade, que se apresentam na interface da clínica da PGR sem causa aparente, com a recomendação pela MBE da assistência do TLC.
- Secundários: a) apreender elementos vinculados ao desejo de filho manifesto pelas pacientes; b) delimitar no contexto clínico da medicina reprodutiva as formas singulares de cada mulher com PGR de lidar com o desejo de “ser mãe”; c) delimitar como a relação de cada paciente com os profissionais de saúde/equipe se inscreve subjetivamente.

1.5.3 – *Sujeitos*

TABELA 1

Sujeito	Sexo	Idade	Escolaridade
Profissional 1	F	57	Mestrado em curso
Profissional 2	M	36	Doutorado
Profissional 3	F	38	Especialização

Paciente 4	F	37	Especialização
Paciente 5	F	38	Ensino médio Incompleto
Paciente 6	F	39	Ensino superior

Tabela 1: Sujeitos da pesquisa – descrição geral.

Os profissionais e pacientes participantes do estudo estão identificados nas tabelas apenas enquanto pacientes ou profissionais de forma aleatória.

1.5.4 – Entrevistas – recortes para as respostas sobre o *ser mulher* e o *ser mãe*

Nas perspectivas de escolha para as mulheres na modernidade, a experiência da maternidade torna-se um campo sempre aberto a incertezas e angústias diante do que pode significar para uma mulher ter um filho hoje.

Para uma mulher, a maternidade, longe de estar amparada por marcadores biológicos, tende a se apresentar como marca da falta inerente ao *ser mulher*. Não há representação para o *ser mulher* e um filho pode vir a ser desejado para ocupar o lugar de obturação dessa falta. Mas a não programação desse amor materno carrega situações frequentes de excessos, onde “o desejo feminino como tal cria a ausência da mãe” (Cf. Soler, 2003/2005).

Para essa seção, julgamos importante antecipar uma parte do material textual da pesquisa, antes mesmo de descrevermos o método, com recortes dessas falas dos sujeitos participantes frente às perguntas sobre o *ser mãe* e o *ser mulher* que lhes dirigimos. Como essa dupla condição permeará todo o percurso à frente nesta tese, recolhemos algumas posições dos sujeitos ao falarem de cada uma delas (Tabela 2). As falas estão diferenciadas apenas como profissionais ou pacientes.

TABELA 2

Profissional
<i>Ser Mulher:</i>
Na competição eterna aí, entre homens e mulheres por mercado de trabalho, por salários, por todas essas coisas, a gente, às vezes, esquece das particularidades, das fragilidades e fortalezas de cada um dos gêneros, né? E na mulher a gente precisa se atentar muito a isso, aos desejos, às fragilidades, às sensibilidades. Os homens e as mulheres são muito diferentes e a gente precisa ter atenção a isso.

A maternidade está intrinsecamente ligada ao ser mulher, na maioria das pacientes, né? São raras as pacientes que decidem de forma tranquila que não querem ter filhos, por opção. Não é porque não estão conseguindo. Não querem, não vão ter filhos etc., tem sua família... sem que isso altere sua percepção de feminilidade, que elas percebem femininas e tal. Não querem filhos. Na prática, a gente vê como uma minoria de mulheres (que não querem ser mães). [...] Então, e realmente a dificuldade da maternidade, seja infertilidade, seja perda de repetição, traz uma ameaça grande realmente à percepção pessoal daquela mulher na feminilidade.

Ser mãe:

A gente realmente vê, assim, diferentes tipos de objetivos das mulheres quando elas querem ser mães. Tem mulheres que querem ser mães por uma vocação, realmente, para cuidar, para ter... já cuidam de cachorros, já cuidam de sobrinhos, já tem, realmente, precisa... tem uma necessidade realmente de exercer aquela questão do cuidado, aquela questão do proteger, de cultivar uma outra vida, partindo delas mesmas, né? Tem mulheres que já se preocupam em ser mães, mas esquecem que isso significa que elas vão ter um filho. Então, talvez, pela percepção de um status social, uma cobrança da família, da sociedade, do esposo, delas mesmas, elas querem, mas não há espaço para o filho, né? Não, não... é como se você tivesse tendo... adquirindo um diploma ou medalha para ficar exposta na parede que não tem, não traz outro tipo de responsabilidade ou de repercussão. Então, tem pacientes que buscam isso, mas realmente, não estão preocupados com a criança, e sim, estão preocupados com essa questão de ser mãe.

Paciente

Ser mulher:

Muito pelo contrário, eu gostava de ser menino, eu gostava de me manter, eu sempre gostei. Mas eu nunca tinha afinidade quando o negócio, era para uma casa, sei lá, cuidar de boneca, carregando bonequinha... Gostava de caminhão, gostava de bola, gostava mais de liberdade... Quando eu fui ficando adolescente, eu nunca tive vontade de ter filhos. Então, eu assimilo esse negócio de eu não gostar de bonecas a essa questão de... não tinha esse desejo de ser mãe. [...] Deus deve estar me castigando porque eu nunca quis ser mãe...

Ser mãe:

Eu acho que ser mãe é... é uma dádiva e uma responsabilidade social porque eu sempre penso nos meus bebês como se fossem... Eu quero que venha um filho para mim perfeito, saudável, mas que seja um contribuidor, entendeu, que eu tenha capacidade de educá-lo para ele ser uma pessoa capaz de contribuir para a sociedade, que eu acredito no ser humano nesse aspecto. Então, por que que é uma dádiva? Porque para você formar um ser humano é... "perfeito", tem que ter muito discernimento. Então, eu vejo assim. Lógico que é sempre com aquilo que eu já te falei – a gente fica querendo justificar o injustificável, não é?! Porque que eu, que tenho essa visão que não é assim que cria um ser humano, não posso ser [mãe], enquanto em contrapartida uma desorientada que não tem condição nem financeira, nem psicológica, nem social, tem aquele monte? Aí eu entro naquela ideia de novo. Eu estou protestando Deus. O quê que Deus está querendo de... de repente ele está me livrando, entre aspas, *novamente* de ter um

filho com problema [itálico nosso].

Profissional

Ser mulher:

Ser mulher é ser emoção... ser mulher é ter uma visão sempre delicada das situações... ser mulher é sentir antes de questionar, ver um sentimento... brota um sentimento de alegria, de beleza, de plenitude, ser mulher pra mim é ter mil possibilidades de se apresentar, da forma mais, como é que posso dizer... mais delicada possível, sabe? Eu vejo muito assim que nós mulheres, temos uma facilidade muito grande pra nos cuidarmos assim, quando a gente está realmente feliz, a gente percebe sutilezas do cuidado, é a forma que você consegue, o vestir, a forma mais delicada possível, pra mim tem muitas coisas que faz eu ser mulher... é a delicadeza mesmo na forma de olhar, é ser uma... é ter um brilho de vida, sabe?

Ser mãe: A maternidade, pelo que eu vejo, assim, que pelo que eu percebo, ela é plena... ela é uma plenitude, a mulher se sente plena, ela deu origem a um ser novo... então, essa busca de continuidade da vida, a mulher fica com o bebê no ventre, então, assim, se dá uma completude... de um assim tem um significado muito forte, que quando a mulher não segue, ela se sente assim podada, como se não tivesse conseguido exercer essa feminilidade, é o ponto alvo da feminilidade... Então, é muito difícil... é uma situação assim... quase pra mulh... eu percebo, ao escutar as mulheres, como se fosse um bloqueio, assim, que ela não consegue ser igual às outras que têm filho... e elas se cobram disso... então, é muito difícil...

Paciente

Ser mulher:

Pra mim assim, a gente é a chave da casa, né? Assim... Eu acho que, nossa, lá em casa é um balanço, assim, pra manter o equilíbrio, né? Por que a mulher ela tem todo um lado que o homem não tem, né? De sensibilidade, de saber lidar, de botar as coisas em ordem, de ter um controle, né? É... da casa, da família mesmo. Eu acho que, hoje a mulher tá meio assim, eu tô buscando até um novo caminho pra mim. Porque eu acho que hoje a mulher, não é o lugar da mulher... Isso é uma coisa que eu trabalhei muito na terapia também. Tipo porque eu só queria assim: trabalhar, dinheiro, trabalhar, dinheiro, trabalhar, dinheiro. Meu foco sempre foi esse. Aí veio a [filha] e aí meu foco mudou. Acho que a minha questão de ser mulher mudou. Entendeu? Eu quero, não, agora eu quero curtir ela, eu quero ser mãe, eu quero poder estar com ela. Eu abro mão de qualquer coisa pra estar com ela. E, então, acho que assim muda, ser mãe, ser mulher antes de ter um filho e ser mulher depois de ter um filho. Acho que ser mulher antes de ter um filho é buscar teu lugar no espaço, é abrir caminho, é abrir a massa mesmo, é mostrar seu caminho, que você pode, que você quiser. Eu sempre fui muito trator assim sabe?

Ser mãe: Então, sempre fui aquela mulher mais... Só que depois que eu virei mãe, eu virei uma manteiga assim... uma manteiga. Eu acho que é muito diferente assim. Hoje, por exemplo, questão de trabalho, eu tô né assim, as

coisas ficaram difíceis aqui. Então fui à luta, eu busquei trabalho. Mas busquei na área de prestar serviço, x, que tem um horário fixo.

Profissional

Ser mulher:

Eu acho que ser mulher é, eu fico lendo muito, eu gosto de história, eu estou lendo a respeito sobre, na verdade, as dificuldades de ser mulher porque antigamente, você vê como a mulher era um ser que não tinha muita influência na sociedade, não tinha muita voz na sociedade. Então, é difícil ser o que a gente é atualmente, né? Que a gente é profissional, a gente é mãe, a gente é esposa, a gente é dona de casa, a gente é tudo. E antigamente, a questão, uma coisa que, por exemplo, me preocupava muito em relação à questão da mulher, questão do prazer feminino e entender isso porque a gente vê muita, eu estou falando de um modo geral, a dificuldade da mulher em realmente sentir prazer e ter, na verdade, e ter a oportunidade de sentir prazer, parece que é uma coisa proibida e como que, acho que, para a mulher, para ela avançar como indivíduo, na verdade, como indivíduo, né, igual o homem lutar pela sociedade, a mulher, ela tem papel secundário, para a mulher chegar ao mesmo nível do homem, o tanto que foi difícil para mulher e então assim, eu acho que a mulher, na realidade, é um todo, acho a mulher, ela é, eu acho, o principal eixo de, como é que eu vou falar, de estrutura mesmo, na sociedade, para a questão da mulher, tem um, posso estar enganada, um papel muito forte em relação à minha mãe, em relação à mulher eu vejo, como se fosse uma cuidadora, uma cuidadora da família. Eu vejo muito essa questão da, do papel da mulher como família, como agregadora.

Ser mãe:

Por exemplo, sempre gostei muito de criança, só que, por exemplo, até os 30 anos, eu gostaria de ser mãe, mas não gostaria de ser mãe naquele momento. Então, acho assim, a maternidade é uma coisa que agrega, eu até falo isso para as pessoas, as pessoas que não tem filho, é uma coisa que... isso, assim, o que eu sinto, não existe nada que vai te fazer mais feliz do que ter um filho, mas, na verdade, não ser mãe não significa que você não vai ser feliz também. Outra coisa que eu falo muito também, porque, às vezes, a mulher acha que sendo mãe, ela vai melhorar o relacionamento dela, pelo contrário, na verdade, o, filho, inicialmente, ele serve para separar o casal. Se o casal não tiver uma estrutura muito forte, emocional, de companheirismo mesmo e o casal separa. E uma coisa que eu sempre assustava quando eu via as pessoas falando assim, ah, separou...

Paciente

Ser mulher: Ah, ser mulher para mim é ser especial, ser mulher é muito especial, ser mãe que é o meu sonho. Especial. ...Que toda mulher sonha de um dia ser mãe.

Desde pequenininha o meu sonho é ser mãe...[...]

É nas coisas que eu fazia desde criança, brincava de boneca... menina tem esse negócio desde pequenininha, você tem aquele desejo de ser mãe.

Ser mãe:

Ser mãe é ter os filhos da gente, acho muito bonito a família crescer, só que

infelizmente perdi meus quatro, mas meu sonho tenho certeza que vou realizar ele ainda.

1.5.5 – Transcrição literal das entrevistas e registros clínicos da pesquisa

As transcrições literais das seis entrevistas e os registros dos atendimentos clínicos da única paciente que foi atendida de agosto a dezembro de 2015, por se tratar de material que envolve sigilo, foi encadernado em volume separado contendo Anexo 1 e Anexo 2 (roteiros das entrevistas) e Anexo 3 (transcrições e registros). Vários trechos das entrevistas serão parcialmente citados e comentados, mas com o cuidado de não favorecer a identificação do/a entrevistado/a, conforme exigência para pesquisas com seres humanos.

1.5.6 – Método operação-redução

O material textual obtido nas entrevistas e nos registros clínicos foi analisado utilizando o método freudiano de leitura proposto por Miller (2015). Tal método orienta a leitura a partir de três operadores de redução de significantes: repetição, convergência e evitação, objetivando a categorização em unidades de sentido. Consideramos que, na pesquisa qualitativa em psicanálise, essa forma de análise constitui-se uma possibilidade para a abordagem das manifestações narrativas dos sujeitos. Segundo Vorcaro (2010), “a escassez de recomendações técnicas é imanente ao método psicanalítico na medida em que impede o risco de reduzi-lo à técnica, que o tornaria passível de aplicabilidade” (p. 11). O material clínico da pesquisa em psicanálise não se constitui como exemplo ou exposição de confirmação teórica, ao contrário, tende a trazer a marca do desencontro, muito além do que o pesquisador pode supor. Não se trata de utilizarmos a subjetividade do pesquisador, mas sim de transformar o desejo de saber em enigma que mobiliza e promove a produção.

Esse modo de pesquisar na psicanálise está inserido “na regulação do escrito pela clínica”, considerando que ele se submete, tendo ciência do fato ou não, “às mesmas regras estruturais do que faz ato clínico” (Vorcaro, 2010, p. 17). E o que se apreende da escrita da

clínica e do que dela se escreve nos remete ao “que há de singular no encontro-desencontrado dessa experiência” (Vorcaro, 2010, p. 17). Nas palavras de Freud (1926/1987):

Na psicanálise tem existido desde o início um laço inseparável entre cura e pesquisa. O conhecimento trouxe êxito terapêutico. Era impossível tratar um paciente sem aprender algo novo; foi impossível conseguir nova percepção sem perceber seus resultados benéficos. Nosso método analítico é o único em que essa preciosa conjunção é assegurada (p. 279).

Nesse sentido, há um movimento dialético entre clínica e conhecimento teórico na psicanálise. A clínica não comparece num papel de observação sensorial, mas sim passível de verificação pelo discurso dos sujeitos falantes. E o conhecimento teórico pode ser apreendido nesse movimento de voltar à clínica num retorno sucessivo. Dessa forma, Figueredo, A. C., Nobre, L. & Vieira, M. A. (2001, p. 18) destacam a permanente tensão existente no contexto da investigação e da terapêutica na psicanálise, onde um processo não recobre o outro e só parcialmente se regulam. Freud (1933/1987) reconheceu a psicanálise como “um método terapêutico como os demais. Tem seus triunfos e suas derrotas, suas dificuldades, suas limitações, suas indicações” (p. 186).

Se a psicanálise é ao mesmo tempo teoria (corpo de conhecimentos), método de investigação e técnica (concepção de tratamento), “sua descrição já traria intrinsecamente a sua maneira de produzir saber, seja na clínica, na academia ou mesmo na *pólis*” (Pinto, 1999, citado por Guerra, 2001, p. 87). Ao nos servirmos das diretrizes do que se dá em uma análise, apostamos que o método da operação-redução na pesquisa em psicanálise favorece a decantação do traço singular, do que se configura como particular de cada sujeito em seu encontro com a clínica. Há um trabalho de redução pertinente à análise, agindo sobre excedentes subjetivos que tendem a se apresentar com intensidade de mal-estar e que podem, de outro modo, direcionar-se para função de causa de desejo (Guerra, 2001, p. 88). E, na fala, encontramos a possibilidade de recolher traços, pegadas do singular de cada sujeito.

O ser falante tem muitos caminhos; ele vai, ele vem, ele não para num lugar, ou então para por muito pouco tempo; ele está em casa, ele vai ao trabalho, ele volta, ele visita seus amigos, ele viaja de férias, ele vai a um congresso: muitos caminhos, inumeráveis caminhos. Mas todo ser falante tem um caminho mais essencial, um caminho único que ele percorre enquanto continua ser falante – é o caminho da sua fala. Mas o caminho fica invisível, inaudível, desconhecido é também a pedra desse caminho da sua fala, e é somente naquilo que se chama de tratamento analítico que ele se apercebe estar na rota do caminho de sua fala, e que nesse caminho tem uma pedra (Miller, 1998/2015, p. 22).

Miller (2015) destaca que o caminho da fala, no qual a psicanálise opera, também se configura a própria “pedra da fala” (p. 23). Ou seja, o mesmo caminho do significante no mundo para o ser constitui a sua dificuldade, o seu próprio obstáculo. Em um percurso

analítico da fala, a pedra desse caminho tem ligação com o sexo, com o que se busca dele escrever e saber dizer. Miller (2015) acrescenta que ao final desse trajeto encontra uma “pedra preciosa”, em grego, chamada “*ágalma*”. Só entra nesse caminho o sujeito que esbarrou em algo e, ao ser escutado, ele traz esse *osso* em sua fala: “Antecipamos – talvez a única antecipação a que possamos nos permitir – que sua fala vai girar em torno desse osso, em espiral, circunscrevendo cada vez mais perto” (Miller, 2015, p. 28).

O método de leitura proposto por Miller (2015) implica na operação de reduzir o conteúdo amplificado da fala em categorias que condensem sentidos. O que esse autor entende pela redução, ele explica pela amplificação significativa, a sua oposição. Ou seja, que tudo o que abre para se perguntar do que se trata tem a ver com amplificar, com um movimento de *encharcar* de sentido. A eloquência abundante em torno de algo, seus vários sentidos se opõem ao que a escuta analítica se propõe: “A psicanálise realiza uma operação-redução” (Miller, 2015, p. 32).

Miller (2015) resgata a ideia de redução já presente no texto freudiano, especialmente na parte que aborda a formação do *chiste*²³. No chiste, elementos da história e do contexto dos participantes estão presentes e, para compreendê-lo enquanto elemento cômico, um termo condensa vários outros, desdobrando-se numa explicação maior que o próprio chiste. A operação-redução num tratamento implica em condensar determinados elementos (biográficos, sociais) trazidos na fala pelo sujeito que procura uma análise, fazendo com que se produza algo parecido com um *chiste* e dele seja necessário isolar os elementos condensados.

Os três operadores dessa redução – repetição, convergência e evitação – são descritos como verdadeiras chaves de leitura para se empreender o foco e estabelecer os cortes. Direcionando para a situação de pesquisa, a *repetição* configura o mecanismo que envolve a liberdade que é dada ao sujeito para que diga tudo o que desejar, tudo o que vier à sua mente. Miller (2015) pontua que, quando damos essa liberdade para o sujeito dizer e re-dizer, observamos que, sem que ele se dê conta, ele traz várias repetições. Com o passar do tempo, esse sujeito poderá localizar se ainda repete ou não. As repetições conduzem a uma espécie de “formalização”: Podemos dizer que existem certos lugares, certos postos fixos no inconsciente, o que pode ser escrito sob a fórmula de uma função proporcional onde, no lugar de *x*, se sucedem diferentes personagens como variáveis da mesma propriedade, da mesma

²³ Chiste (do alemão *Witz*): produção que envolve um jogo cômico com ideias. Aquilo que em certo momento parece ter um significado, mas, em seguida, verifica-se completamente sem sentido (*nonsense*), tornando-se, por isso, cômico (Cf. Freud, 1905b/1987).

função f' (Miller, 2015, p. 35-36). Seria $f(x)$, uma “redução proposicional” que funciona como uma constante e participa da construção da análise (cf. Miller, 2015, p. 36).

A *convergência*, o segundo mecanismo, se dá quando aparecem determinados enunciados que direcionam para outros ainda mais essenciais. Em uma análise, Miller (2015) destaca que podem aparecer vários enunciados essenciais. Dois casos podem se apresentar. Um deles tem ligação com algo que pode ter sido dito ao sujeito ou ele assim o entendeu naquele momento de sua existência e fez disso toda uma causa, despendendo imenso esforço por confirmar ou, ao contrário, refutar. Na psicanálise, com grande frequência observamos a importância dos pais e da família no contexto de vida de cada sujeito. As expectativas dos pais com relação ao sexo de seus filhos, como isso é transmitido e como cada sujeito capta esse desejo dos pais em relação ao seu próprio sexo. Era aguardado ou não, nasceu menino ou menina, veio em momento de desejo ou de desafetos, tudo pode ter um valor de marca para o sujeito, seja como marca dolorosa, seja como surpresa, que o paralisa ou que o impulsiona. Trata-se de um imperativo, de uma “marca significativa” (Miller, 2015, p. 37). O outro caso se dá quando o enunciado encontrado pelas repetições não é proferido pelo sujeito e, sim, pelo analista. Tende a ser um momento em que a fala do analista tem um valor singular e promove efeitos marcantes para o sujeito, localizando “o *significante mestre* do destino do sujeito” (Miller, 2015, p.38).

E, por fim, o último operador, que é a *evitação*, vem em oposição aos dois primeiros. Mas, sem a repetição e a convergência, não seria possível captar os elementos evitados. São elementos que só podem se apresentar quando localizamos determinadas séries de repetições que convergem na direção de enunciados também específicos. Miller (2015) explica que há sucessões que simplesmente não podem aparecer na história daquela pessoa, e é como se a máquina significante as contornasse todas as vezes que elas tentam se aproximar por alguma contingência. Em algumas situações, o que se evita pode ganhar uma dimensão tal que toda uma cadeia de repetições pode se instalar na vida do sujeito em prol de algo *não* se concretizar, “como se aquilo que se repetisse de mais importante fosse a evitação” (Miller, 2015, p. 52).

Ao finalizar a descrição desses operadores, Miller (2015) destaca que a repetição e a convergência promovem uma “redução simbólica”, transformando o texto aleatório e abundante inicial em fórmulas simbólicas elementares. A máquina repetitiva e convergente chega a elementos que se reduzem ao necessário (o que não cessa de se escrever) e ao impossível, ou seja, apresenta aquilo que *não* cessa de *não* se escrever (o que não pode se escrever, simbolizar). Mas, na evitação, que não opera com aquilo que está na presença,

ocorre outro tipo de redução, que seria a “redução ao real” (Miller, 2015, p. 53). Na evitação, podemos nos perguntar por que tal mal-entendido, uma cena ou tal frase ouvida na infância atingiu o sujeito dessa forma e não de outra? E a resposta nos leva ao contexto da contingência: “Existem coisas que parecem programadas; podemos falar do desabrochar sexual na adolescência, por exemplo, mas, no que diz respeito, verdadeiramente, ao gozo particular de cada um, isso pertence à dimensão da contingência” (Miller, 2015, p. 56). Dessa forma, são dois registros que apreendemos dos três operadores descritos: o registro do necessário e do impossível na fórmula simbólica e o registro da contingência.

Ademais, é importante destacar que o método proposto por Miller (2015) considera o trabalho de análise do analista com o analisando (o método de tratamento). Em nosso contexto de pesquisa acadêmica, observamos a referência de Guerra (2001) com seu estudo de caso, no qual empregou esse método de redução de forma pioneira e inovadora em psicanálise na universidade. Segundo a psicanalista e pesquisadora, esse método, que delinea o próprio método freudiano, permite o encontro com uma vasta plurideterminação discursiva na abordagem dos dados obtidos na pesquisa. A análise dos dados textuais de uma pesquisa pela incidência da operação-redução tende a enriquecer e ampliar o alcance das lógicas de raciocínio em psicanálise, que buscam ultrapassar as diretrizes da causalidade positivista (cf. Guerra, 2001). E suas palavras esclarecem mais sobre a posição do pesquisador:

Mas, ao contrário da posição de analista, aqui o trabalho do pesquisador se assemelharia muito mais ao do analisante de enxugar, desbastar o texto, aproximando-se o mais possível do real. Ao se dispor ao trabalho de teorizar, é o pesquisador quem se coloca em transferência (GUERRA, 2001, p. 91).

Com essas considerações sobre o método, passemos à análise do material recolhido e aos resultados preliminares de nossa pesquisa, que darão ensejo à continuação da discussão nos capítulos seguintes desta tese.

1.5.7 – Resultados

Isolamos algumas categorias e unidades de sentido, articulando com a literatura científica da PGR e do TLC. Nossa apreensão foi se construindo nas leituras e releituras do material e a descrevemos de acordo com cada operador de redução nos itens abaixo, começando pelo operador da repetição.

1.5.7.1 – Repetição

Seguindo o primeiro eixo, da *repetição*, as categorias encontradas foram: o contexto de sofrimento e luto associado à PGR; a demanda de filho como preenchimento de uma falta; o circuito de perdas (historicizado e rememorado numa série numérica); e os excessos. As categorias se associam, mas localizamos o que nos apresentou de forma marcante nos discursos.

1.5.7.1.1 – O contexto de sofrimento e luto associado à PGR

Estrutura-se um contexto carregado de sofrimento, continuamente falado e amplificado de sentido pelas pacientes com PGR, sendo caracterizado como intenso e abrangente na vida. Isso se apresenta consoante com o lugar e o investimento que uma mulher pode reservar para o objetivo de *ser mãe*, mas, evidentemente, incluindo as contradições, semblantes e máscaras frente ao seu modo de *ser mulher* e frente à maternidade. Tanto a literatura científica como as narrativas das entrevistas e atendimentos trazem a intensidade e centralidade de um sofrimento que chega a “parasitar” os relatos e comentários. Dessa forma, as contradições são inevitáveis quando lidamos com pacientes que demandam uma gravidez bem-sucedida, mas sem dizer ou dar conta de subjetivar um lugar para o filho/criança em seu discurso. Os estudos nos mostram uma repetição dos aspectos psicológicos e a relevância de considerá-los nos acompanhamentos a essas mulheres. Lembramos que a pesquisa pioneira e a implantação da assistência do TLC nasceu pela falta de palavras dos profissionais diante de uma dor psíquica, de um luto frente à frustração ou perda de um precioso projeto chamado *ser mãe*. A própria Lesley Regan²⁴ confessou que não sabia o que dizer, que procurou nos livros o que fazer. Vemos que o componente subjetivo também presente nos profissionais comparece nessa trama, onde já se espera encontrar a tristeza e a insatisfação no contato com essas pacientes. Uma busca por algo que possa superar a suposta imensa frustração. Na fala de um profissional em nossa entrevista:

²⁴ Independent (Journal) – Saturday (22/10/2011). Disponível em: www.independent.co.uk/life-style/birth-of-a-prof-1312866.html, recuperado em 21/11/2015.

Eu gostaria de acrescentar que é extremamente triste... não é um desejo... a gente não tem este desejo de cuidar... a gente gostaria de cuidar da pessoa com o bebê... é um fato consumado, não tem retorno, assim, naquele momento... então, eu acredito que nós precisamos nos instrumentalizar pra ver com mais amor, com mais respeito, essa paciente que ela não é... ela se sente castigada... se sente impotente, e nós também nos sentimos impotentes, sem preparo, sem conhecimento. O que você vai falar, qual a palavra positiva, qual a palavra, qual o cuidado? (Profissional/Sujeito1).

1.5.7.1.2 – A demanda de filho como preenchimento de uma falta

Demandar uma gravidez se descola de demandar um filho; nem toda mulher deseja realmente uma gravidez que resulte numa criança a ser inserida simbolicamente em sua história. Essas contradições ligadas à demanda de filho como possível preenchimento da falta inerente à mulher aparecem nas respostas que colocam o filho preenchendo um vazio da mulher, ela que “vai ter que ser mãe de alguma forma”. Isso também se apresenta nas narrativas de profissionais, ainda que estes possuam maior abertura para admitir que a maternidade pode não se constituir um desejo obrigatório ou uma garantia de satisfação para todas as mulheres. Nos estudos da literatura e nas narrativas se repete esse imperativo da demanda de filho (*bebê em casa*), traduzido em gravidez bem sucedida. Entendemos este imperativo, que insiste na fala das pacientes, como o mais exigente a ser alcançado e satisfeito pelos profissionais e equipes de medicina reprodutiva. O filho é apresentado como algo que preencheria uma necessidade das mulheres, numa perspectiva de que a ausência da representação da falta feminina ocupa um lugar por essa via (um vazio contornado). Frente a essa repetição, consideramos que o que conta é a vida pulsional que está articulada ao linguístico. Entendemos que o *falo* tão buscado pode carrear um “significante dominante” (e tudo na vida do sujeito tende a girar em torno disso). Seguindo esse raciocínio, observamos a repetição das falas contornando repetidamente o filho, bordejando esse vazio e dando consistência a ele, uma forma de presentificar o nada, ou “*justificar o injustificável*”, ou “estou protestando Deus” (Cf. Paciente/sujeito 4). Algumas expressões que tendem a mostrar isso evocam tristeza e até revolta:

Por que que eu que tenho essa visão que não é assim que se cria um ser humano, não posso ter, enquanto em contrapartida uma desorientada que não tem nem financeira, nem psicológica, nem social e tem aquele monte? [...] ou Deus está me livrando de ter um filho que vai me trazer desgosto no futuro (Cf. Paciente/sujeito 4).

A autocobrança das mulheres aparece em alguma medida tanto para pacientes como para profissionais, mas as queixas e demandas se dirigem com maior intensidade aos profissionais e cientistas que “devem” se apropriar, no sentido de uma missão, da busca por satisfazer a demanda de filho dessas mulheres. Porém, no caso da paciente que manteve o atendimento, com o decorrer dos encontros, ela desloca-se para uma posição mais intensa de autocobrança, buscando se ajustar à demanda do parceiro para resgatarem uma situação “ideal” que uma vez vivenciaram: quando ela estava em suporte psicológico, que se iniciou após uma primeira perda gestacional, conseguiram uma gravidez que foi bem-sucedida (Cf. registros da Paciente/sujeito 6).

1.5.7.1.3 – O circuito de perdas (historicizado e rememorado numa série numérica)

Outra unidade de sentido que localizamos é a existência de um circuito historicizado e rememorado das perdas gestacionais, que engendra um espiral interno incessante de tentativas enumeradas e onde se perde “tudo” ou quase tudo a cada perda. A conotação de sacrifício (bens materiais, corporais e psíquicos envolvidos), presente no quadro de PGR, é apreendida nos relatos de pacientes, profissionais e textos, remetendo-nos a um ritual de tribos antigas, que possui essa característica de desgaste e doação, mas com igual exigência de alguma retribuição/reconhecimento de quem recebe/acolhe. Toda a dedicação, cuidado, dinheiro investido, incluindo lágrimas que podem ou “não podem sair” (cf. Paciente/Sujeito 4), nos remete ao antigo ritual de *potlatch*, termo que, na língua corrente dos índios de Vancouver, significa alimentar ou consumir – é um ritual presente em várias tribos e descrito pelo antropólogo Marcel Mauss (1950/2013). No *potlatch* dois elementos são nitidamente atestados: o da honra e o do prestígio, que se traduzem pela riqueza (que vai muito além da material) e pela obrigação absoluta de retribuir as dádivas, sob pena de perder toda a riqueza. Nessa descrição, Mauss (1950/2013) divide entre *bens uterinos* e *bens masculinos* as configurações apresentadas por determinadas comunidades no *potlatch*. Interessa-nos pontuar nessa referência que a criança de qualquer idade era um *bem uterino* e o seu nascimento implicava numa grande perda de riquezas (porque os parentes da criança tinham que se desfazer dos bens por causa dela). Por outro lado, com aumento de prestígio inerente igualmente à criança, a mesma criança se mantinha como canal de facilitação de circulação de bens da família uterina com os da família masculina, fazendo com que os pais recebessem

algo de volta dos que estão ao seu redor. Havia uma circulação de bens em torno da mesma criança, uma dádiva. A rivalidade, o combate e a destruição compõem essa rede de sentido do *potlatch* (Mauss, 1950/2013, p. 194-196). O psicanalista Éric Laurent (1999) também associa um *potlatch* amoroso à ideia da desvastação feminina. O *potlatch* inclui uma dimensão de risco, pois se trata de uma luta que possui a perda como aspecto crucial do combate. O que há de mais notável aí é o princípio de rivalidade e antagonismo que domina essas práticas. A obrigação que é contraída por meio da dádiva é um aspecto fundamental. "Estas prestações e contraprestações eram acertadas de uma maneira voluntária, através de dádivas, presentes, embora fossem, no fundo, rigorosamente obrigatórias, sob pena de guerra privada ou pública" (Mauss, 1924/1950, p. 151).

Enfim, as repetições condensadas na ideia de um sofrimento, da demanda de preencher uma falta, do circuito numérico de perdas e da dádiva/filho, que vai e vem como no *potlatch* (troca, perdas, ganhos), condensam outras inúmeras articulações. Entretanto, reduzimos o contexto de *deslimite* que se repete em uma quarta unidade, que são os excessos captados no material narrativo e no contexto de estudos e da prática nessa clínica médica.

Para lidar com as mulheres que estruturalmente são *não-todas*, incompletas, estamos alertas de que não há abordagem que possa ser *toda-boa*. Ou seja, na consideração de aspectos subjetivos, temos que provocar os contextos que podem se fechar, ainda que reconheçamos seu valor no âmbito da assistência e no que ela comparece com o objetivo da medicina. Ela parece interferir e se ligar a algum elemento que para muitas pacientes tem efeito de interrupção da série de repetições das perdas e dos excessos observadas na PGR. Mas é preciso novamente pontuar nossa atitude de cautela frente ao que perdura e insiste, sem haver possibilidade de intervenção ou remédio. Pois mesmo quando a gravidez subsequente à série de perdas é bem sucedida, cada mulher ainda estará em um percurso a ser construído, de se haver com o real da sua experiência de ser mãe, não sem enfrentar a sua particularidade enquanto sujeito feminino.

1.5.7.1.4 – Os excessos

Algumas palavras e sinônimos comparecem insistentemente na tentativa de explicar o *ser mulher*, o *ser mãe*, e, ainda, o “encontro-desencontrado” entre as pacientes e os profissionais na verdadeira *via sacra* do acompanhamento/tratamento que elas se propõem na

medicina reprodutiva. Trata-se de um mosaico de excessos e até de pares de opostos: perda, sofrimento, escuta, respostas, atenção, ressentimento, carinho, humanização, cuidado, afeto, explicações, procedimentos, tentativas, tecnologia, medicação, esperança, luto. Enfim, excesso ou impossível ligado à posição do *ser mãe*. Nossa leitura das repetições nos direciona a uma exigência presente nas falas acerca da melhor ação que os profissionais deveriam empregar na atenção a essas pacientes: seria uma forma simbólica de pensar nessa ação que parece ser demandada e seria uma ação similar à que culturalmente denominamos de “materna?” Constatamos, realmente, que os profissionais são convocados continuamente a atuarem numa ação *maternal*. Vamos então para as convergências que as repetições começaram a nos apresentar.

1.5.7.2 – *Convergência*

Na *convergência*, as categorias ou unidades de sentido destacadas a partir das repetições foram: escutar mais; dar mais atenção aos “pequenos nada”; afetividade; maior laço de confiança entre pacientes e profissionais; “desejar que o outro também esteja desejando”; atendimento psicológico como prescrição, que pode ser visto como “objeto medicinal” do protocolo; acolhimento com respeito e disponibilidade; “*maternação e má-terna-ação*”; “pequenas mortes”; “mães dolorosas/mães na perda”; “relações líquidas”. Passemos a discutir essas unidades e como as articulamos.

A assistência do TLC aparece associada à maior abertura por parte dos profissionais às pacientes, para que estas possam falar durante os procedimentos com eles, seja nos exames, seja nas consultas, que são agendadas com tempo e frequência maiores, preferencialmente semanais ou de acordo com as necessidades de cada paciente. As repetições que discutimos parecem convergir para a ideia de que cada profissional da medicina reprodutiva, independente da sua função, deve ser mais cuidadoso com essa paciente, que se desgasta imensamente a cada perda gestacional. Daí as categorias convergentes citadas acima ligadas a esse imperativo: “escutar mais”, “dar mais atenção” aos “pequenos nada” desse encontro, que podem ser detalhes sutis, mas que, em geral, passariam despercebidos. Os “pequenos nada”, bem descritos principalmente numa das entrevistas (Cf. Profissional/sujeito 1), também podem sinalizar a exigência de disponibilidade dos profissionais para orientar mais, informar às pacientes e seus acompanhantes sobre o tratamento ou sobre os exames, enfim,

tudo o que eles desejam saber, mantendo a tolerância. Além disso, quando as notícias a serem dadas à paciente forem ruins, que isso seja feito da forma mais acolhedora e com o respeito a ela e ao parceiro/a ou outro acompanhante.

As repetições que envolvem o tipo de atendimento também convergem para um ideal de grande dedicação dos profissionais à medicina reprodutiva. Aparece uma convergência dirigida aos profissionais e equipes na expectativa da paciente de haver maior proximidade entre pacientes e médicos, com maior laço de confiança. Poder falar com o médico de forma mais aberta se associa a fantasia de que a gravidez subsequente “tem maior chance de dar certo”. A expectativa parece ser a de que o médico (e qualquer outro profissional que venha a atender a paciente) esteja “realmente” desejando que aquela gravidez siga em frente e a paciente desejando obter essa certeza. O atendimento psíquico aparece como possibilidade, se for prescrito pelo médico, mas sempre passa pela escolha da paciente. Outra convergência que surge em nossa leitura das repetições é a de uma espécie de unanimidade dos profissionais e de vários estudos ou artigos científicos sobre a necessidade de atendimento psicológico, como se fosse uma *prescrição* médica e da MBE, especialmente nessa assistência do TLC – o que imprime uma característica da psicologia compondo a técnica enquanto um “objeto medicinal”²⁵ do protocolo.

Sobre o TLC, a exigência de uma ação afetuosa, terna e acolhedora dos profissionais se mistura à ideia de um atendimento mais aberto, educativo e que escute mais a paciente. O atendimento psicológico comparece como um dispositivo importante da estrutura técnica prescrita. Vale destacar que o fato desse atendimento ser *prescrito* não garante que seja incorporado/aceito pelas pacientes. Disso inferimos que a oferta de atendimento psicológico poder figurar como algo a ser escolhido ou negado no universo protocolar de um tratamento médico pode ter função e mérito de fazer circular a palavra na equipe, nas consultas, nas reuniões e treinamentos.

A ação materna que se espera do grupo aparece como necessidade que insiste. Um neologismo que se apresenta como um elemento simbólico, que condensa na redução várias

²⁵ Pierre Benoit (1989) desenvolve uma reflexão sobre o medicinal enquanto objeto e esclarece o sentido da sua formulação, colocando duas classes de objetos na medicina: “1. De um lado, os objetos concretos produzidos pela engenhosidade do ser humano. Na medicina, trata-se dos objetos que podem figurar numa receita, como os remédios, os medicamentos e também outras prescrições como regimes, conselhos, etc. Cabe, por extensão, acrescentar a isso os processos mentais, as ideias, teorias, etc. (como o diagnóstico) que o homem elabora e que se acham na origem da criação e do uso dos objetos que figuram na receita. É a esse conjunto que chamo de medicinal, variável de acordo com as épocas e as culturas e que não deve ser confundido com a medicina, que evoca uma função, a função de cuidar, própria de todas as épocas. [...] 2. Por outro lado, há os objetos que são puros produtos das camadas mais profundas e mais arcaicas da realidade psíquica [...], permanecem inconscientes” (p. 72-73).

unidades de sentido, é o termo “maternação”: *má-terna-ação* – uma ação que no seu retorno inicialmente se apresenta na demanda, receptiva, enquanto algo realizado de forma terna e afetiva, fornecendo segurança e bons resultados. Estes aparecem como evidências que chegam de forma concreta e numérica na prática clínica com o TLC e suas porcentagens de resposta positiva à gravidez a termo (bem-sucedida). Entretanto, quando o conjunto da frase dessa nova palavra é tomado na literalidade dos termos, lemos um sentido outro que se contrapõe à bondade ou inofensividade presentes numa ação terna. A *má ação terna* engendra repetições de perdas, obturação de falta, excessos e imperativos (seriam os necessários e impossíveis presentes nessa ação do TLC). O caráter maléfico está na suspeita de favorecer o circuito da repetição de perdas ou, em outras palavras, promover, para determinadas pacientes (ainda que para um número menor de sujeitos), uma situação de acomodação ou “cronificação” da cena repetitiva de perda. Esse grande sofrimento e luto associado à maternidade nessa clínica fica similar à imagem de uma mãe dolorosa, a mãe que padece (aludindo à famosa *Pietà*/mãe do filho-*Deus* morto/crucificado). As “pequenas mortes” são as perdas dos filhos que nem sempre são contabilizadas corretamente, como relata uma paciente que, para ela, foram seis perdas, enquanto para a medicina ela perdeu *apenas* duas vezes. Ela explica que qualquer tentativa de implantação feita, cada embrião que tinha uma parte do esposo e uma parte dela e que estava em seu útero, mesmo não tendo sobrevivido por muitos dias, é considerada uma gestação perdida (Cf. Paciente/sujeito 4). Torna-se essa situação, que “insiste em não se escrever”, uma repetição que comanda o sujeito que sofre, mas que não consegue se colocar de outra forma nem questionar a estrutura das posições que se instalaram em sua existência. Essa ação pode cair na armadilha de um circuito de tentar preencher, e preencher, e preencher o vazio que é estrutural, que não tem fundo, nem nome, nem representação possível.

Mas, por outro lado, o que não se apresenta diretamente no material recolhido tem ligação com uma continuidade, a manutenção de um circuito que implica em fazer existir para as mulheres a possibilidade de obturação do vazio de significante para o sexo feminino. Corre-se o risco de todos os envolvidos fazerem parte de uma engrenagem que mantém a crença de que a *relação sexual* existe e de que o filho equivale e garante o *ser mulher*. Embora o papel da medicina seja mesmo o de buscar solução para os entraves do corpo numa ação que busca curar, nossa leitura direciona que pode ser desejável que os profissionais envolvidos consigam acolher mais a subjetividade da paciente, mas também abrir espaço para a própria subjetividade, assumindo igualmente as limitações em cada caso.

Ocorre convergência numa apreensão sutil, mas justificável no conjunto, onde a boa e nobre ação de cada membro da equipe no contato com essa paciente, inclusive o psicólogo,

não escapa de se inserir nesse circuito compulsivo de ações heroicas, similares à assistência humana e social, tão difícil quanto tão valorizada nos tempos atuais de “relações líquidas” (cf. Bauman, 2004). O sentido do mal-estar descrito por esse autor nos remete à dificuldade que encontramos em várias pacientes em subjetivar seus laços, o que as engendra mais intensamente numa atitude desmedida de evitação de frustrações a qualquer custo. A facilidade com que se descarta ou se evita certos afetos no contexto atual capitalista, presente na proposta de Bauman (2004), aparece nas narrativas.

1.5.7.3 – Evitação

Ao consideramos os aspectos anteriores, em meio às repetições insistentes de dores física e psíquica sofridas em cada perda, além de excessos de demandas e tentativas nos contextos da relação paciente-médico ou paciente-médico e técnicas (incluindo o suporte psicológico), buscamos ler as lacunas ou o que ficou nas entrelinhas. O mecanismo da evitação se diferencia dos primeiros, mas depende do que se apresentou nas repetições e unidades convergentes. Observamos pontos que, por não serem tocados ou não participarem diretamente de alguma formulação simbólica, nos pareceram silenciados ou evitados, sejam nas narrativas ou nos artigos. Reduzimos para dois significantes que se apresentam como pontos cegos ou não simbolizáveis na trama de sentidos dessa clínica: “morte” e “sexo feminino”. Chegamos a tais elementos por via dos *excessos* ou *desmedidos*, ou pela *falta ou vazio* da mulher, sempre contornados pelas falas e técnicas, mas impossíveis de significar.

Com as pacientes da PGR, nossa leitura também localizou um possível silêncio ou evitação de se abordar o tema do lugar do filho para a mulher no mundo atual, além da morte e dessa falta relativa ao sexo feminino. Colette Soler (2003/2005) comenta sobre as novas inibições femininas e afirma que “só há inibição onde há uma escolha possível, ou imperativa”. E completa:

A emancipação que multiplica as possibilidades, que permite à mulher determinar-se em função de seus anseios, optar por ter ou não ter um filho, casar-se ou não, quando quiser e se quiser, e também trabalhar ou não, deixa transparecer que o drama da inibição não é uma especialidade masculina. Ainda mais que, por efeito do discurso, tudo que não é proibido torna-se obrigatório. [...] O homem – no singular – e o filho, ambos desejados, mas adiados até um momento mais oportuno, fazem parte da clínica cotidiana de hoje e, muitas vezes, encontram-se na origem da demanda de análise (p. 134).

E temos o parceiro dessa paciente com PGR engendrado nessa repetição mortífera das perdas que experimenta e sofre em conjunto com sua mulher, dependendo de cada caso. Se ele não se apropria das oportunidades que surgem ao longo do tempo, de funcionar enquanto um *pai* que barre a loucura da *mãe*, ele fica fadado a permanecer nesse horizonte vicioso que lhe exige que se prepare para *amar sofrendo e perdendo*. Uma paciente da PGR nos apresenta seu parceiro, que consegue ficar firme ao seu lado sempre que ela recomeça tudo de novo, mas, ao mesmo tempo, ela diz que ele não pode aguentar suas lágrimas. Ela não pode chorar com ele, pois ele não suporta o fracasso e a perda, e assim prefere continuar tentando. É todo um circuito imaginário de “mais uma vez”, “quem sabe agora, será?”. Esse companheiro muitas vezes pode figurar como *um filho*, que “garante” a parceria com essa “mulher/mãe” que sofre, que, por conseguinte, também o protege e se coloca como cuidadora desse esposo/filho a todo momento (Cf. Paciente/introdução e entrevista da Paciente/sujeito 4).

E, ainda sobre a mulher, Soler (2003/2005) constata que “essas novas liberdades colocam as mulheres numa posição nova, que, mais que nunca, permite que elas se tornem juízas e medidas do pai” (p.135). E conclui que:

Não temos que deplorar a evolução de nossa civilização. O psicanalista não tem nada a censurar: pode apenas constatar, na perspectiva do discurso que o determina. E talvez, por ora, ainda não saibamos que consequências resultarão das mudanças do estatuto da mulher contemporânea (p. 135).

Buscando o que falta e o que entra na ordem do que insiste por não se escrever (não simbolizável), ou, o que ainda pode estar no estatuto da contingência, nomeamos uma unidade de “*presença da ausência*” correspondendo à ideia de “*nada de filho*”. Pois esse filho que captamos na fala da mulher com PGR é um filho que não nasce, ele sai do útero (órgão), ele se perde em outras partes (nas trompas), mas não sai do *ventre materno* para existir em termos de futuro. Ele é falado e mantido em um registro de *não-nascido*, mas também parece cumprir um papel, ganhando consistência e brilho intenso e mortífero. Mortífero porque remete à morte, não só atualizada na perda biológica, mas, principalmente, porque a repetição implicada no circuito incessante de perdas pode matar a possibilidade de um filho concreto ou de uma maternidade real ocorrer, além de outros possíveis projetos da mulher. A infertilidade ou o adiamento da maternidade provocado pela PGR podem ofuscar outros possíveis projetos que fariam da paciente um sujeito mais implicado com sua falta em *ser mulher*²⁶. Tal

²⁶ Como descrito no caso Vera de nossa clínica. Cf. Fonseca, M.A.A & Vorcaro, A.M.R. (2013). Perdas de repetição – caso Vera. In *Curinga*, n. 37, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, p.129-132.

implicação na psicanálise remete a uma responsabilização do sujeito: que cada um se coloque mais responsável em sua existência, que consiga se perguntar o quanto de si participa dos próprios impasses da vida. Responsabilidade, do latim *respondere*, tem o sentido de responder, transmitir algo ao outro, prestar contas de si e de seus atos. E podemos acrescentar com a psicanálise que ser responsável é casar-se com seu vazio, é implicar-se com o seu impossível de dizer. Para as pacientes e profissionais da PGR o vazio de cada perda é um “pequeno nada” que retorna e exige ser falado, ser ouvido e ter a chance de ser integrado de uma forma nova. O sucesso do TLC está presente devido a essa constatação também.

O que se apresenta como sombra de real (no registro da contingência de uma história particular) nos coloca diante de questões iniciais renovadas pela complexidade das condensações de nossa leitura. Desse modo, permanecemos questionando e articulando mais elementos para a reflexão. Interrogamo-nos: teríamos indicadores de que há uma evitação cada vez mais imperativa nessa clínica da PGR de lidar com a morte e com a falta de representação do sexo feminino? As limitações do acompanhamento das pacientes da PGR; as perdas gestacionais que são inversamente investidas imaginariamente, mas pouco elaboradas enquanto luto real na vida das pacientes (tornando-se “pequenas mortes”); as sucessivas tentativas *assistidas*, mesmo sem elaboração de qual lugar subjetivo esse “novo” filho virá ocupar; e a dificuldade que se apresenta frente à morte, podendo se aliar à dificuldade frente à maternidade; e o filho como ilusão de obturação da falta feminina; tudo isso nos parece um grande esforço repetitivo para se evitar lidar com os significantes da falta. Quando a ciência médica lida com o registro do que *falha*, uma nova tentativa com a mesma ou outra técnica podem se conjugar rumo à meta de superar ou eliminar esta falha. Porém, no registro da *falta*, lidar com o vazio pode ser insustentável. E cada mulher empreende essa busca de preencher seu vazio e convocar o outro para ajudá-la nessa tarefa.

Segundo Miller (2015), há dois axiomas em relação ao sujeito feminino que precisamos considerar. O primeiro deles tem ligação com o amor: “para amar é preciso falar; o amor é inconcebível sem a palavra, justamente porque amar é dar o que não se tem, e não se pode dar o que não se tem senão falando, porque falando, damos nossa falta-a-ser” (Miller, 2015, p. 96-97). O maior problema feminino é exigir ou forçar o homem a falar. E, se ele não fala, nem que seja um pouco, então, é a mulher que vai falar, e reclamar muito que ele não fala o que ela espera ouvir (Miller, 2015).

O segundo axioma descrito por Miller (2015) é que “para *gozar*²⁷ é preciso amar; isso é, verdadeiramente, uma exigência do lado feminino” (Miller, 2015, p. 97). O psicanalista destaca a importância para o sujeito feminino da série *falar, amar e gozar*: “Do lado feminino, não se pode gozar senão da fala, de preferência da fala de amor, mas não apenas” (Miller, 2015, p. 97). Há situações muito instigantes no campo das relações amorosas, onde laços conjugais e casamentos se mantêm por décadas e, quando paramos para ouvir, os elos são constituídos de falas. Miller (2015) oferece a possibilidade de um casamento se sustentar com cada parceiro vivendo num lugar diferente, mas os dois se falando todos os dias. Há relações que o homem fala mal da parceira, mas ainda assim fala com ela. E isso pode bastar, destaca Miller (2015).

Dito isso, retomamos os “pequenos nada”, difíceis de serem escutados, conforme a narrativa de um entrevistado. Seriam elementos que não recebem atenção ou são evitados, não seriam integrados e seriam inconscientemente desprezados por pacientes e profissionais enquanto possibilidades de implicação para os sujeitos. As “mortes” dos projetos de filho vão desaparecendo gradativamente a cada nova tentativa de gravidez, com o risco de uma perda se sobrepor à outra, mas apenas enumeradas, o que só reforça a história repetitiva do sofrimento. O que não é falado e evitado pode ganhar um sentido de real não assimilável, mas continuamente contornado, tal como o sexo feminino, com sua falta de representação para o *ser mulher*.

Essas mulheres parecem necessitar desse acolhimento terno e excessivamente humano para enfrentarem uma nova etapa da maternidade, mas na prática, elas ficam numa espécie de ensaio. O filho que não existe concretamente ganha revestimentos idealizados tanto positiva quanto negativamente falando. Os filhos imaginados são *falicizados*, com direito a tudo o que isso implica. São idealizados em diversos âmbitos, com contradições, inclusive de forma depreciativa, ganhando um peso excessivo. Por exemplo: quando a paciente relata que todos lhe dizem que os filhos dão muito trabalho, ela não assimila esse lado da maternidade e assegura que com ela será diferente: “não será meu filho, pois será amado demais por todos, será filho a dar ao meu pai. É. O neto da minha mãe” (Cf. Paciente/sujeito 4).

O excesso também se apresenta na maneira como algumas dessas pacientes lidam com o próprio corpo, quando dizem ter percepções e fantasias de possuírem poderes de observação sobre o organismo e suas funções, de tal forma que desafiam aos médicos, ainda que estes contem com o saber científico, com aparelhos, exames de imagem e outras técnicas.

²⁷ O gozo/gozar (do alemão *Genießen*) é diferente das relações com a satisfação que um sujeito desejante e falante pode esperar e experimentar no uso de um objeto desejado (Cf. Chemama, 1995, p. 90).

Algumas imaginam que possuem uma alergia no útero e isso “espanta” os embriões ou os mata, impedindo a placenta de se implantar corretamente. Outras possuem a capacidade de detectar detalhes exatos do momento da ovulação, de saber com clareza que estão grávidas ou, ao contrário, de perceber a hora em que o embrião morreu. O que pode nos chamar a atenção não é exatamente uma mulher ser capaz de observar detalhes tão sutis de seu corpo, de conseguir ter percepção dessas informações, mas, sim, como ela se detém nisso. O que essa mulher faz e qual preço paga ao se colocar tão ligada, tão atenta aos rumores do seu corpo e, especialmente, do seu “aparelho reprodutivo”²⁸? O que nos interessa tem ligação ao uso dessa percepção: como ela é utilizada subjetivamente pela mulher? A mulher se avizinha da loucura, tentando representar e significar as lacunas de sentido que carrega consigo.

Em vários estudos e na própria definição do TLC é recorrente a ideia de abrir mais espaço para a paciente falar. Entendemos que a abordagem incentiva a paciente a colocar em palavras a sua vivência e seus pensamentos durante os atendimentos, ao mesmo tempo em que recebe do profissional de saúde (psicólogo ou não) a condição básica e receptiva para se expressar. Entretanto, suspeitamos que, a partir do momento em que as recomendações se tornam obrigatórias, inevitavelmente terão que se haver com as surpresas ou contingências inerentes ao contexto e aos seus envolvidos, tanto pacientes quanto profissionais. Nossa ideia é de que haja espaço para o traço particular não só das pacientes, mas também dos membros da equipe em sua função, pois o resultado esperado, por um lado, não necessariamente caminha no mesmo horizonte e, do outro, até poderá se confirmar para alguns, mas não para todos/todas pacientes. E os profissionais talvez tivessem que suportar um pouco mais um “não saber o que dizer”.

Pois bem, após nossa aproximação com a clínica da PGR e do TLC, discutiremos a interface da psicanálise com a medicina no próximo capítulo, focalizando os impasses frente ao sintoma trazido pelo sujeito que sofre e os olhares que definem a prática de cada área. Isso feito, contaremos no capítulo posterior com as articulações da psicanálise com a maternidade, buscando mais elementos que componham nossa leitura sobre o *ser mãe* e o *ser mulher*.

²⁸ A noção do normal e do patológico, presente no trabalho de Canguilhem (1943/1995) tem ligação com esse aspecto do sujeito ser capaz de observar seu próprio corpo e ser capaz de recuperar a saúde quando necessário. Voltaremos a isso no Capítulo 2.

Capítulo 2 – Psicanálise e Medicina

O avanço do conhecimento e da técnica na medicina tem sido surpreendente, especialmente nas últimas décadas. Igualmente se verifica um crescente desconforto nas relações entre os profissionais da medicina e os pacientes, como também dificuldades interprofissionais entre campos distintos da assistência médica. Vale lembrar que parte desse desconforto, gerador de mal-estar nas relações humanas, procede do sofrimento constitutivo do ser humano para o qual Freud (1930/1987) já alertara. Segundo o psicanalista, o sofrimento do ser humano é sempre oriundo de três fontes:

de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro. Tendemos a encará-lo como uma espécie de acréscimo gratuito, embora ele não possa ser menos faticamente inevitável do que o sofrimento oriundo de outras fontes (FREUD, 1930/1987, p. 95).

Constatamos que a prática clínica médica é *locus* privilegiado de manifestação dessas três ordens de mal-estar salientadas por Freud, porque ela coloca em cena a dor do corpo do paciente e o risco de sua dissolução na morte; o incomensurável do mundo externo ou da natureza, que pode se sobrepôr a todos (sejam pacientes ou médicos) com a força cruel e destruidora de contingências imprevisíveis e insabidas; e, no que tange aos relacionamentos interpessoais, configura-se a mais penosa e inevitável das três, na medida em que há profunda dissimetria entre as expectativas dos envolvidos em relação ao que lhes é possível. Nesse ponto, a insatisfação e tensão são permanentes na relação entre pacientes, médicos e outros profissionais de saúde. As queixas se multiplicam a ponto de a chamada “não adesão” aos tratamentos ser tema bastante recorrente nas discussões da eficácia dos serviços e equipes nos diversos âmbitos da assistência em saúde.

Assim, enquanto o aparato biotecnológico moderniza-se, as estratégias farmacológicas e cirúrgicas se ampliam para cada enfermidade. Paralelamente, a dificuldade maior dos profissionais não está do lado do domínio técnico, mas associada com o enfrentamento de seus próprios ideais em relação ao paciente e aos seus próprios pares. Vale destacar que tal imersão na técnica não ocorreu somente no campo da medicina. De forma ampla, outros campos igualmente passaram por verdadeira revolução tecnológica, com efeitos específicos para cada contexto. Observamos que as dificuldades relativas ao vínculo com os pacientes se

apresentam mais notórias e se localizam mais imediatamente por parte dos envolvidos. Atualmente, todos os profissionais da assistência médica se perguntam: quem é esse paciente da atualidade que chega aos consultórios particulares ou ambulatoriais das unidades de saúde pública ou privada? Ele tem chegado ansioso e com muitas demandas, exigindo informações precisas, ou apenas focado nos resultados que possam aliviá-lo rapidamente de seus sintomas ou queixas. Muitas vezes, esse paciente chega munido de perguntas geradas a partir de consultas prévias aos, digamos assim, “doutores da internet”, e pronto para questionar ou argumentar sobre as recomendações e prescrições do profissional que está com eles “ao vivo”. Há ainda alguns que trazem nas mãos um artigo científico recém-publicado sobre o tema para discutir na consulta. Uma demonstração da valorização atual das melhores práticas continuamente reatualizadas na literatura mundial sobre pesquisas científicas pautadas principalmente na experimentação e verificação em cálculos estatísticos, bases derivativas de Karl Popper (1953; 1957/1980).

Nesse sentido, a crença vigente de que o médico deve ser um operador do conhecimento científico está entre as causas da valorosa atribuição dada ao sintoma nos diversos tratamentos. Como aponta Clavreul (1978/1983): “O médico não fala e não intervém, senão enquanto é o representante, o funcionário do discurso médico. Seu personagem deve se apagar diante da objetividade científica da qual é o garante” (p. 224).

Gaston Bachelard (1938/1989) define a ciência moderna como um modo específico de abordar o fenômeno, dando menos ênfase à relação direta com seu objeto. Nesse sentido, Alexandre Koyré (1973/1985) analisa a abordagem do método como ponto-chave, colocando a matemática como o modo de operação por excelência da experiência científica. As condições existentes ou criadas para se investigar os fenômenos fazem a diferença na elaboração de novos conceitos e teorias (cf. Koyré, 1973/1985). Na busca pelo diagnóstico preciso, “matemático”, o sintoma ganha status de sinal e prova nas pesquisas médicas e ensaios clínicos de vacinas e fármacos. A consulta médica tende a se tornar um verdadeiro roteiro padronizado e impessoal de perguntas ao paciente em nome da investigação, visando o retorno a um quadro anterior considerado normal e eliminando o que se apresenta como disfuncional.

As questões emocionais ou subjetivas tendem a ficar em segundo plano nessa abordagem da ciência médica. Lacan (1966/2001) destaca que a função do médico pode ter se tornado a de um verdadeiro “distribuidor” de novas terapêuticas para a restituição da normalidade de um organismo. Na medicina ocidental, a posição mais antiga ou tradicional do médico era a de um acompanhante mais atento à evolução de seu paciente e menos

mobilizado pela solução imediata das queixas trazidas pelo mesmo. Entretanto, o médico da modernidade vem enfrentando os questionamentos e exigências complexas do contexto científico e do mercado, das recomendações baseadas em evidências, assim como dos limites reais na relação com seus pacientes e com outros componentes desse processo assistencial. A própria autonomia e a subjetividade do médico estão igualmente sofrendo restrições vindas dessas mesmas dimensões, visto que muitas vezes sua presença corporal chega a ser prescindida ou banalizada, como nas situações de valorização das publicações científicas e recomendações legais dos protocolos específicos. À capacidade intuitiva, estratégica ou inventiva do médico é atribuído pouco valor nesse contexto.

Se a prática clínica considerava a singularidade de cada corpo, temos hoje o desencontro do progresso biotecnológico e da ciência médica universalizada com a complexidade não apenas de cada organismo, mas, ainda, daquela subjetiva e particular de cada paciente. Lacan (1966/2001) afirma que é no campo da transferência que o médico deverá produzir respostas. Isso considerando que não há correspondência direta entre o que é demandado pelo paciente e o que é desejado pelo mesmo. Essa diferenciação entre demanda e desejo para a psicanálise e para a medicina é fundamental na transferência, conceito da psicanálise importante para abordar a relação pacientes/profissionais, que detalharemos à frente, com o sentido do sintoma para cada área. O paradigma da ciência demarca efeitos sobre a medicina, estruturando eixos desse avanço biotecnológico. A pauta vigente passa a ser a universalidade que se coloca na contramão da singularidade (cf. Lacan, 1966/2001).

Neste capítulo veremos que a transformação ocorrida na prática clínica da medicina tem ligação com as próprias mudanças que se verificam na concepção de ciência. Iremos localizar observações da psicanálise à medicina científica, ainda que os discursos se configurem avessos um ao outro, dentro de um cenário ético. Debateremos as noções de normal e de patológico que definem ações e concepções diferenciadas no campo da saúde. A psicanálise interroga a ciência moderna, especialmente a medicina, desde a sua origem nas descobertas de Freud que, ao investigar os sintomas neuróticos, foi conduzido a enfatizar a narrativa dos seus pacientes para além dos fatos objetiváveis ou observáveis nos corpos. Como ressalta Lacan (1961-62, inédito, lição de 07/03/1962), a experiência inaugural de Freud constatou que o sujeito se engana. E isso interessa exclusivamente pelo fato de que pode ser dito, o que se demonstra infinitamente fecundo por colocar em questão o que é que o sujeito toma como sua realidade: aí a aparência salta aos olhos como realidade, ela não é apenas um parasita que conduz ao erro. Ao reduzir esta aparência à função de ilusão, desvia-se desta realidade que este artifício é feito para mostrar. Exemplo disso seria reduzir uma

pessoa ao ponto de vista científico, considerando-a um aglomerado de “albuminoides”, o que não está de acordo com o mundo de sentimentos e concepções relacionados a tal pessoa. Esse engodo é, na verdade, sua própria realidade subjetiva, e não um erro objetivo.

Pois bem, as noções de sintoma e de transferência compõem essa discussão entre a medicina e a psicanálise que configuram dois domínios que não possuem uma medida comum, mas, sim, apresentam e lidam com as evidências de incidências distintas da singularidade humana. Finalizaremos o capítulo trazendo à tona a parceria da psicanálise com a medicina ginecológica, tal como agenciada no serviço em que esta tese se insere no desafio de acolher as mulheres, sejam elas mães ou não.

2.1 – O normal e o patológico para a medicina

No século XVII, o nascimento da ciência moderna caracterizou uma transição: a visão baseada no saber racional, na contemplação da realidade e na apreensão dos fenômenos pelos sentidos deu lugar a uma visão de mundo mais ampla, com o universo aberto e infinito, governado por leis igualmente universais. Assim, a antiga contemplação se diferencia do experimento que caracteriza a nova ciência. Oliva (2003) nos apresenta uma definição para a ciência moderna:

Uma teoria científica deve ser definida como um conjunto de enunciados de tal forma integrados que subsistem entre relações logicamente organizadas de consequências e, em se tratando de ciência empírica, relações de correspondência com a “realidade” (estado de coisas) com vistas a descrever com fidedignidade, prover explicações seguras e fazer previsões confiáveis (p. 21).

Koyré (1959/1986), em seu levantamento histórico e conceitual da ciência, afirma que Galileu inaugura o método de experimentação da ciência moderna ao interrogar metodicamente a natureza. Não basta observar o que se vê, é preciso formular uma pergunta, além de decifrar e entender as respostas. A linguagem universal que marca a ciência moderna é a da matemática, que aplica as leis da medida ao experimento. Assim, o empírico e o matemático tornam-se traços característicos. Se o homem da Idade Média contemplava a natureza através dos sentidos, o homem moderno busca dominá-la. Tal revolução no pensamento científico constituiu verdadeira ruptura ou destruição de uma concepção de mundo, dando elementos, conseqüentemente, para sua substituição (cf. Koyré, 1973/1985).

A tese de Canguilhem, defendida em 1943, sobre o normal e o patológico é uma importante contribuição para essa discussão. Ele pontua que datado do século XVIII, mais precisamente de 1759, o termo *normal*, etimologicamente do grego *nomos* e do latim *norma* (lei ou meio-termo), ressurgiu no capitalismo. Em vez de postular a existência do patológico, Canguilhem (1943/1995) considera que o caráter patológico só pode ser apreciado numa relação. Assim, por exemplo, no caso do envelhecimento, uma pessoa sadia apresentaria a capacidade de adaptação ou de reabilitação das suas dificuldades orgânicas que vão se intensificando com o avanço da idade cronológica, diferentemente de outra pessoa que não demonstre tal habilidade. Dessa forma, a norma tende a ser sempre individual e sempre relativa a um limite máximo de cada indivíduo: o que seria normal para um pode não ser para outro. Inclusive, tal média ou norma implica uma variação no mesmo sujeito, ou seja, o que é normal para um indivíduo em um dado momento pode não ser em outro:

Não se trata absolutamente de dispensar os médicos de estudar a fisiologia e a farmacodinâmica. É muito importante não confundir a doença com o pecado nem com o demônio. Mas só porque o mal não é um ser não se deve concluir que seja um conceito desprovido de sentido, ou que não existam valores negativos, mesmo entre os valores vitais; não se pode concluir que, no fundo, o estado patológico não seja nada mais que o estado normal (CANGUILHEM, 1943/1995, p. 78).

Para esse filósofo, a cura não implica necessariamente a saúde do indivíduo. A clínica irá dizer qual terapêutica poderá fazer o sujeito se sentir normal. Se até o século XIX, o médico buscava restabelecer o estado vital do paciente, perturbado pelo acontecimento da doença, nos anos seguintes, ele passa a decidir sobre fatores genéticos e sobre quais seriam os padrões de normalidade. Nessa perspectiva e aproximando a questão de um debate ético, o médico, no século XX, passa a ter um poder sobre a vida que deve ou não ser interrompida, como, por exemplo, nos casos do chamado “aborto terapêutico”. Tal medida se legitimou na medicina de alguns países ocidentais a partir de uma determinada época, sendo geralmente indicada quando o bebê apresenta uma doença não passível de ser corrigida (Canguilhem, 1943/1995). Isso também foi praticado no Brasil e buscava ainda proteger a saúde da mulher, quando o seguimento de uma gestação configurava risco maior para a mãe.

A própria eugenia significava a criação de uma sociedade sem diferenças, visando elevação crescente do nível intelectual. O debate ético que surge nessa época denuncia o risco disso se configurar uma verdadeira política genética, tal como projetado na ficção de Huxley (1932/1992), *Admirável mundo novo*. No mundo fictício criado por esse autor não existe médicos nem enfermos: todos são normais, não pelas diferenças individuais, mas pela

existência de uma norma única que não permite a doença. Mas, ao longo do tempo, tal norma se configura patológica.

O pensamento de Canguilhem (1943/1995) caracteriza os seres humanos como normais patológicos. O sujeito normal é aquele que ao se sentir adoecer deve ser capaz de afastar tal doença, de enfrentar a doença que se manifesta:

Assim como há um seguro psicológico que não representa presunção, há um seguro biológico que não representa excesso, e que é saúde. A saúde é um guia regulador das possibilidades de reação. A vida está habitualmente aquém de suas possibilidades, porém, se necessário mostra-se superior à sua capacidade presumida... Se há inflamação é porque a defesa anti-infecciosa é, ao mesmo tempo, surpreendida e mobilizada. Estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico (CANGUILHEM, 1943/1995, p. 160).

Michel Foucault (1976/1988), quando ainda era aluno de Canguilhem, buscou aprofundar tal pensamento do mestre, defendendo a não existência de uma patologia objetiva. Foucault (1976/1988) sustentou uma diferença essencial entre o que seria chamado de “conflito normal” e o “absurdo patológico”. Para ele, o “conflito normal” de cada sujeito perturba profundamente sua vida afetiva a partir do mundo externo, com grande possibilidade de ocorrerem angústias e culpas. Entretanto, o “absurdo patológico” é alimentado por contradições, pela ambivalência na experiência interna do sujeito, em sua história patológica circular da qual o sujeito se defende, o que só faz aumentar a sua ansiedade.

Até o fim do século XVIII, Foucault (1980/2004) descreve a medicina dedicando-se muito mais à saúde do que à normalidade. É nos últimos anos do século XVIII que nasce a medicina moderna, trazendo novos modos de abordar o contexto.

2.2 – O nascimento da medicina moderna

A medicina moderna inaugura uma nova clínica, pontua Foucault (1980/2004). O rendimento e saúde individuais tornam-se elementos indispensáveis ao bom andamento da engrenagem social vigente, marcada pela norma capitalista. A medicina do século XIX passa a investigar, assim, o funcionamento normal, buscando sinais ou indicadores de desvio onde o indivíduo se perdeu ou teria se afastado de um melhor caminho. O autor ainda alerta que as concepções de saúde refletem os valores sociais dominantes da cultura e da época. A cultura

biomédica que se baseia nos conceitos de sofrimento, morte e doença não favorece ao estudo ou investigações sobre o antagonismo conceitual presente no conceito de saúde.

Em relação à saúde, Canguilhem (1943/1995) destacou a capacidade de cada indivíduo de ultrapassar crises orgânicas para instalar uma nova configuração ou reequilíbrio fisiológico para si mesmo. A famosa expressão “são e salvo” tem ligação com o percurso etimológico que aponta o termo saúde, do latim *sanus* e do grego *sáos*, significando o que é íntegro, bem conservado ou seguro. Para Canguilhem (1943/1995), a saúde foi abordada na história como não apreensível ou não pertencente ao campo da razão ou da ciência. Uma mesma pessoa poderia ser considerada normal em um determinado contexto, onde se espera determinadas capacidades, mas, em outro, ser apontada como disfuncional ou incapaz. Ele explica que a palavra *valere*, que deu origem a *valor*, significa, em latim, *passar bem*: “A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais” (p. 163).

Canguilhem (1943/1995) também coloca na dimensão da saúde a possibilidade de ir contra uma norma, de transformar-se; poder adoecer para sair desse contexto de enfermidade. O critério adotado por ele é o da universalidade, no sentido em que todos podem adoecer, mesmo admitindo a singularidade na superação de uma doença. Nesse sentido, o patológico pode ser entendido como o que não se altera ou o que não abre espaço às mudanças e, portanto, implica em uma obediência radical e cega. Tal pensamento questiona o conceito de saúde do século XIX, enquanto uma adaptação normativa ou modelo padronizado. Assim, as normalidades, no plural, são consideradas, e a saúde fica relacionada à maneira pela qual o indivíduo lida com os eventos de sua existência. Embora haja influências do biológico nessa forma de lidar com os fatos da vida, ele não determina o resultado.

Por sua vez, Foucault (1980/2004) enfatiza que a clínica médica se baseia no olhar que busca constituir seu objeto por meio da observação e da descrição. Na verdade, tal clínica se caracteriza especialmente pela pesquisa de uma possível correlação entre olhar e dizer. Desde a sua constituição, trata-se de uma clínica que busca uma passagem do visível ao enunciável. A clínica médica estaria fundamentada num olhar que possa ouvir, num olhar que também seja uma linguagem:

O olhar se realizará em sua verdade própria e terá acesso à verdade das coisas, se coloca em silêncio sobre elas; se tudo se cala em torno do que se vê. O olhar clínico tem esta paradoxal propriedade de ouvir uma linguagem no momento em que percebe um espetáculo (FOUCAULT, 1980/2004, p. 118).

O quadro clínico de um enfermo é ao mesmo tempo visível e legível; e o olho clínico examina o corpo, a disfunção orgânica e a patologia. O olho clínico permite registrar, totalizar, distinguir ou classificar o que foi apreendido, mas, ao mesmo tempo, “o olhar que observa se abstém de intervir: é mudo e sem gesto” (cf. Foucault, 1980/2004, p. 117).

2.3 – A abordagem científica da medicina: o lugar do sintoma

As ideias de Canguilhem e de Foucault chegam a se contrapor na medida em que o primeiro destaca a norma e, o segundo, afirma que a normativa da saúde é uma invenção da sociedade moderna. Isso demarca direções diferenciadas na abordagem do enfermo e nas decisões médicas. Foucault (1980/2004) pontua que a caracterização de científica atribuída à medicina no século XIX, a universalização e o positivismo nas pesquisas influenciaram radicalmente a prática médica desde então.

Na atualidade, os procedimentos de alta complexidade no campo da medicina exigem, em geral, a implicação de diversos especialistas, visando um modo de assistir aos enfermos que atinja respostas mais objetivas, provenientes de evidências e a tempo para alguma intervenção. Tais procedimentos de ponta, progressivamente atrelados às máquinas e químicas, configuram-se, com frequência, disparadores do desconforto observado nas relações, na medida em que exigem alterações significativas das posições e condutas dos sujeitos e grupos ou banalizam e eliminam a subjetividade dos envolvidos. Os programas e projetos de clínica “ampliada” e ou “humanizada”²⁹ implantados em todo o país nas instituições de saúde tendem a funcionar como respostas ou tentativas de minimizar os efeitos danosos da primazia da técnica revelados nos protocolos de avaliação e de tratamento às comunidades. A criação e sustentação desses programas parecem sinalizar que, em nome do desempenho tecnocientífico da medicina, algo fica restrito ou descaracteriza a relação de confiança entre profissionais e pacientes.

Nessa lógica da assistência em saúde geral, a prática e o discurso da ciência médica orientam os tratamentos: a cada sintoma bem isolado corresponde um protocolo de procedimentos e ações que se concentram para a superação dos mesmos e o restabelecimento da saúde orgânica dos pacientes. No entanto, quando um impasse subjetivo compromete o

²⁹ Por exemplo: Projetos de clínica ampliada (clínica do cuidado multiprofissional) no SUS – Sistema Único de Saúde e do PNH – Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde no Brasil.

plano de cuidado técnico ao paciente, invariavelmente uma determinada escuta clínica se faz necessária, ora para localizar e diluir tal impasse, considerando que o mesmo poderia impedir o bom funcionamento orgânico, ora para contribuir nas decisões dos profissionais pelas melhores estratégias de cuidado e tratamento em cada caso. Ou seja, o chamado por uma intervenção psicológica vem atravessado pelo raciocínio da eficácia dos procedimentos. Destaca-se que, em relação a esse raciocínio dos entraves relativos à técnica, a perspectiva da psicanálise é a de tentar diferenciá-los de sua relação com o sujeito, na medida em que não está comprometida com o mero gozo da técnica, mas com o paciente. Não se trata apenas do procedimento realizado, mas da particularidade e do contexto dos sujeitos envolvidos na situação clínica.

Constatamos que o “olhar positivo”, enfatizado por Foucault (1980/2004), está na construção de um novo saber sobre a doença e sobre o corpo que foi se estabelecendo no campo científico:

Positivo deve ser tomado aqui em sentido forte. A doença se desprende da metafísica, mal com quem, há séculos, estava aparentada, e encontra na visibilidade da morte a forma plena em que seu conteúdo aparece em termos positivos. [...] Foi quando a morte se integrou epistemologicamente à experiência médica que a doença pôde se desprender da contranatureza e tomar corpo no corpo vivo dos indivíduos (p. 216-217).

A soberania do olhar nas descobertas da anatomia patológica, que permitiu desvendar e descrever de forma precisa inúmeras enfermidades, foi transformador e vemos seus efeitos na era do diagnóstico por imagem. O médico em sua ação passa a ser submetido a um rigor científico, implicando em uma prova. Os fatos tornam-se mais importantes que a narrativa de seu paciente. E nenhum discurso pode perturbar os dados observados na doença e suas diretrizes comprovadas de tratamento. Nesse contexto, questões jurídicas passam a compor de forma marcante as relações na saúde. O médico está também sob o risco de desviar-se de uma situação preconizada e recomendada, o que pode lhe custar penalidades, até mesmo suspensões em seu exercício³⁰.

Nessa direção, o sintoma ganha ênfase enquanto evidência e é também componente das intervenções. Podemos afirmar que o sintoma para a medicina fica relativo à noção do equilíbrio e da harmonia. Há o objetivo a ser alcançado diante do sintoma, visto que ele é aquele que quebra ou que perturba a harmonia de um corpo que deveria funcionar bem (cf. Foucault, 1980/2004).

³⁰ As resoluções com recomendações ou protocolos diagnósticos e/ou terapêuticos não seguidos podem ser denunciados por seus próprios pacientes ou pares a órgãos que fiscalizam a classe.

2.4 – O contraponto do sintoma em psicanálise

O termo sintoma contém o radical *sin* que significa síntese, reunião, conjunto, ou aquilo que coincide e que vem junto. Etimologicamente³¹ vem do latim antigo e significa cair. O radical *sint* também sinaliza índice, presságio e a operação mental que procede do simples para o complexo. Na psicanálise, o sintoma faz coincidir, a despeito da impossibilidade de justaposição, os sentidos de *interdição* e de *satisfação*. A leitura dos textos freudianos nos apresenta o conceito de sintoma inicialmente vinculado a um acontecimento traumático, porém, com algumas mudanças, passou a mesclar a *restrição* com a *satisfação*, aparecendo, portanto, como manifestação de um conflito psíquico. Nesse sentido, o sintoma freudiano é a expressão de uma realização de desejo e realização de um *fantasma* inconsciente, servindo para realizar o desejo. Também está presente a ideia da vivência de uma *satisfação*³² que encontrava-se há algum tempo *recalcada* ou reprimida. A ideia do sintoma como uma “formação de compromisso”³³ bem como sua função de mensagem passam a ser temas de investigação de psicanalistas posteriores. A função que o sintoma carrega de ser mensagem do inconsciente implica no mal-estar que ele provoca, uma *satisfação pulsional*. A leitura de Lacan (1975-76/2008) acrescenta ao sintoma o sentido de *invenção*. A *interdição*, especificamente configurada pela castração, é o “ser do sintoma”, seu núcleo é envolvido ou embrulhado pelo “envelope formal do sintoma” (Miller, 1987). Tal envelope pode ser entendido como um invólucro significante. A fidelidade ao “envelope formal do sintoma” retorna em seu limite, em efeitos originais e de criação quando o sujeito se vê pressionado a fazer algo (inventar) com o seu sintoma (cf. Lacan, 1975-76/2007).

Os eixos do sintoma seriam esse *núcleo da castração*, que abarca o sofrimento, e a *mensagem ao Outro*, que abre a uma decifração. Assim, enquanto freudianamente o sintoma é algo a ser decifrado, na concepção lacaniana, o sintoma é o que as pessoas possuem de mais real, o sintoma vem do real, retorna e faz parte do real, não havendo como se curar ou erradicar-se dele. Por isso mesmo, ele está associado às noções de *gozo* (repetição, aquilo que insiste) e de *invenção* (cf. Lacan, 1975-76/2007). A ideia de *real* também deve ser

³¹ Cf. Gómez de Silva, G. *Breve diccionario etimológico de la lengua española*, 1995, p.643.

³² Cf. Hanns, L. *Dicionário comentado do alemão de Freud*, 1996, p.405.

³³ Cf. Chemama, R., *Dicionário de psicanálise*, 1995, p.203.

diferenciada nessa interface com a medicina, visto que, para a psicanálise lacaniana, o *real* não coincide com a realidade concreta, mas trata-se do inapreensível, do que não pode ser representado ou discernido simbolicamente. É a insistência de algo presente e que retorna incessantemente, mas mantendo-se indiscernível; portanto, ele trabalha contra a própria existência do sujeito, embora participe dela. Freud (1900/1987) apresentou, no final do século XIX, ideias que ganhariam o estatuto de psicanálise. Sua experiência anterior com a hipnose junto a Jean-Martin Charcot (1825-1893), e seus estudos sobre a histeria com o método catártico de Breuer (1893-95/1987), levaram-no à escolha decisiva de sustentar um lugar junto aos pacientes na *transferência*. Numa direção diversa da padronização científica, o então neuropatologista ressaltava que a consciência não teria a primazia que a medicina de sua época destacava. No *Projeto para uma psicologia científica*, Freud (1895/1987) denominou de *proton pseudos* a “primeira mentira” da histeria, discutindo o caso da paciente Emma. A mentira em questão é ligada à origem dos sintomas. As primeiras constatações freudianas foram as de que os conflitos psíquicos poderiam interferir no funcionamento orgânico ou fisiológico. Nos casos clínicos da Srta. Elisabeth Von R. e da Srta. Rosalia H., Freud (1893/1987) avança com as noções de simbolização [do sintoma] por meio de expressão verbal, e elabora que pela fala cada uma teve a dor ou o sintoma corporal desfeitos (p. 187). Os sintomas neuróticos, descritos por Freud, apresentavam a dificuldade de se obter a explicação da medicina científica pela base anatomofisiológica. Para publicar *A interpretação dos sonhos*, Freud (1900/1987) percorre um longo caminho até afirmar que “o sonho é a realização de um desejo” (p. 141). Entretanto, mal encontrava uma resposta frente ao sofrimento das pacientes histéricas que lhe procuravam, novos impasses surgiam sobre a fonte ou a natureza dos esquecimentos e distorções presentes nos relatos dos sintomas e dos sonhos. A psicanálise passa a se ocupar cada vez mais intensamente da relação entre algo que opera e age sobre o sujeito, ainda que ele não tenha consciência ou esclarecimento do que realmente seja. O descentramento apontado por Freud (1926/1987) subverte o sujeito da razão do modelo cartesiano. Em sua interlocução com a medicina, a psicanálise apresenta outra forma de abordar o corpo, diferenciando-o como corpo erógeno, marca particular de cada sujeito. Nesse sentido, o sintoma para a psicanálise se diferencia radicalmente do sintoma médico. Na direção da psicanálise tudo muda, pois a referência não é de determinada harmonia que seria destruída pelo sintoma. No sintoma analítico, que tem a estrutura de ficção, há a criação de um *ser de saber* ali onde a verdade lhe está vetada.

Jacques Lacan (1974/1993), dando seguimento às investigações de Freud, afirma que é o sintoma que estabiliza o sujeito, vivificando o laço possível entre o sujeito e o Outro: “O

sujeito é feliz. Eis justamente sua definição dado que ele só pode tudo dever à sorte, à fortuna, dizendo de outro modo, e que toda sorte lhe é boa para o que o mantém, ou seja, para que ele se repita” (p. 45).

Diferentemente da medicina, a psicanálise fica na posição de se dedicar a investigar questões que as outras áreas não se propõem. Sabemos que cada discurso tende a investigar e questionar aquilo que está dentro de seu campo possível ou lógica aceitável de respostas. Entretanto, a impossibilidade de se manter a harmonia no sujeito tem ligação com um menos, com esse resto irreduzível inerente a cada um, que é o real com o qual a psicanálise opera. Por isso, o sintoma entra como via de relação com o Outro. A psicanálise opera com o que supostamente falha, positivando o que é considerado pelos ideais imaginários de totalidade como fracasso.

Márcio Peter Leite (1998) aborda o pensamento lacaniano e o “doutrinal da ciência” argumentando que a *Letra* possui duas dimensões: a de suporte material do significante para a psicanálise e a do fato que é literalmente escrito. Literalizar, diz esse autor, é possibilitar a leitura de um fato transformado em *Letra*, enquanto matematizar envolve articular os fatos que estão escritos. Esses dois movimentos são cruciais na psicanálise lacaniana. Nesse sentido, pelo doutrinal³⁴, a ciência não é toda, ela não consegue dizer toda a verdade, pois não é inteiramente comprovada, tal como a incompletude discutida no teorema de Gödel (Gödel & Lourenço, 1979). Já Boaventura dos Santos (1987/1996) destaca o caráter da especialização, típica do paradigma dominante, num exemplo médico:

Os males desta parcelização do conhecimento e do reducionismo arbitrário que transporta consigo são hoje reconhecidos, mas as medidas propostas para corrigi-los acabam em geral por reproduzi-los sob outra forma. Criam-se novas disciplinas para resolver os problemas produzidos pelas antigas e por essa via reproduz-se o mesmo modelo de cientificidade. Apenas para dar um exemplo, o médico generalista, cuja ressurreição visou compensar a hiper-especialização médica, corre o risco de ser convertido num especialista ao lado dos demais. Este efeito perverso revela que não há solução para este problema no seio do paradigma dominante e precisamente porque este último é que constitui o verdadeiro problema de que decorrem todos os outros (p. 17).

E, frente à ciência pós-moderna, Boaventura dos Santos (1987/1996) defende o exercício da prudência e da insegurança:

A ciência pós-moderna, ao sensocomunizar-se, não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que, tal como o conhecimento se deve traduzir em autoconhecimento, *o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida*. É esta que assinala os marcos da prudência à nossa aventura científica. *A prudência é a insegurança assumida e controlada*. Tal como Descartes, no limiar

³⁴ Cf. Leite, M. P. S. (1998). Lacan e o doutrinal da ciência – literalização e matematização. Disponível em: www.marciopeter.com.br/links/ensino/letra/4_aula.pdf

da ciência moderna, exerceu a dúvida em vez de sofrê-la, nós, no limiar da ciência pós-moderna, *devemos exercer a insegurança em vez de sofrê-la* (p. 21 – itálicos nossos).

Enfim, desdobrando a ideia e o lugar do não completo e da falha da ciência, em sua conferência no *Collège de Médecine*, na Salpêtrière, Lacan (1966/2001) introduziu a “falha epistemo-somática” como uma falha no saber, aquilo que fica fora do discurso da ciência, mas retorna na clínica médica numa dimensão subjetiva. Porém, a percepção de algo subjetivo perturbando ou até impedindo os protocolos médicos não implica em sua subjetivação (Lacan, 1966/2001). A originalidade freudiana foi a de situar um modo de lidar com os fenômenos que não cabem na engrenagem anatômica, sem, entretanto, prescindirem de um corpo. Há algo vivo que *fala* nesse corpo, e, se fala, não fala tudo, fala pela metade e, dessa maneira, *falha*. Lacan (1969-70/1992) define a função de enigma por esse semi-dizer: “Creio que vocês vêem [*sic*] o que aqui quer dizer a função do enigma – é um semi-dizer, como a Quimera [esfinge] faz aparecer um meio-corpo, pronto a desaparecer completamente quando se deu a solução” (p. 37).

2.5 – A evidência na medicina e na psicanálise

No contexto que estamos discutindo do paradigma dominante na ciência, a medicina baseada em evidências (MBE) é um movimento iniciado na década de 90, mais próximo da epidemiologia clínica anglo-saxônica, afirma Castiel (1999). Nessa perspectiva, o estudo recaiu sobre as eficácias diagnósticas e terapêuticas acerca dos procedimentos que compõem a prática médica. Diante de sua filiação com o campo “tecnobiocientífico”, a MBE foi definida como o processo de sistematicamente descobrir, avaliar e usar os achados das investigações como base para as decisões clínicas da prática médica (cf. Castiel, 1999). A MBE teria como objetivo central aproximar o conhecimento científico e teórico da sua aplicação prática, servindo como um suporte fundamental para os processos de diagnóstico e de tratamento e para a tomada das decisões que melhorem a atuação profissional (cf. Novaes, 1999).

Novaes (1999) detalha que a MBE se constrói a partir do desenvolvimento inédito de dispositivos e processadores de informações, favorecendo estudos e análise de dados obtidos via protocolos de pesquisa multicêntricos. Os ideais de eficácia, eficiência, efetividade e legitimidade passam a compor definitivamente esse contexto da MBE, com estudos envolvendo um número cada vez maior de casos, buscando a generalização dos resultados

(*padrão-ouro*). Os achados dentro do *padrão-ouro* envolvem, geralmente, os ensaios clínicos controlados e tendem a servir de eixo para a elaboração de *guidelines* (manuais) para a melhor prática profissional de forma legítima. Tudo isso é cumprido para os estudos serem aceitos como verdadeiros pelos profissionais, tornando-se elementos de apoio para a melhor decisão diagnóstica e terapêutica. Essa abordagem busca, enfim, produzir o conhecimento de forma sólida sobre as enfermidades e seus métodos de prevenção, diagnósticos e tratamentos, além de manter a atualização constante dos estudos de base para se conseguir manter o poder de influência sobre os médicos. Por tudo isso, a MBE pode receber também o nome de um imenso processo de educação continuada dos médicos (cf. Novaes, 1999).

Apesar dos benefícios indiscutíveis – quando, por exemplo, evita procedimentos desnecessários ou iatrogenia, além de validar outros comprovadamente eficazes –, a MBE vem promovendo debates e resistências pelo caráter imperativo da objetividade, que tende a uniformizar números tão elevados de sujeitos das amostras comparadas. É nesse sentido que argumentamos que a MBE pode calar os pacientes para que os números falem. Para Castiel (1999), a MBE baseia-se na díade informação-tecnologia e seu ciclo produtivo cartesiano busca evidenciar os achados obtidos com os estudos. Tal abordagem explícita ou descreve muitas coisas, mas torna-se incompleta quando focamos a subjetividade. Nesse circuito, as questões subjetivas não podem ser consideradas, visto serem inadequadas e/ou perturbarem o raciocínio da suposta análise neutra dos estudos científicos e seus resultados. De acordo com Castiel (1999), nessa perspectiva, a medicina não lida com a dimensão do sofrimento embutido no processo de adoecer, visto que isso não se configura mesmo como seu foco ou propósito. Apesar do ser humano ser falante e narrativo, essa parte subjetiva não é discutida ou desenvolvida criticamente numa medicina que se abastece de certezas, onde o traço ou o particular de cada caso não estão em questão. O que tem ocorrido com frequência é o predomínio de um modo cético de intervir, visando o controle dos aspectos subjetivos que, entretanto, permanecem no interior do campo como efeito psicofisiológico ou o conhecido *placebo*³⁵ (Castiel, 1999).

Do lado da psicanálise, apresentaremos as afirmações de Éric Laurent (2007) que nos pareceram bastante esclarecedoras dessa interface com a medicina, expostas em uma conferência realizada em Belo Horizonte, como parte da programação do projeto *Sentimentos*

³⁵ Efeito *placebo*: “Fenômeno em que indivíduos submetidos a intervenções sem efeito em ensaios clínicos manifestam melhoras, quando comparados a pacientes que não foram tratados” (REIS & REIS, 2016, p.1291).

do Mundo, da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG³⁶. A conferência de Laurent ocorreu no dia 1º de agosto de 2007 e foi proferida na Faculdade de Medicina, encontrando um público heterogêneo, em sua maioria, profissionais das áreas da saúde e da psicanálise. As ideias trazidas por Laurent tiveram os efeitos de causa de desejo ou desejo de saber mais, mobilizando os profissionais para a concretização de investigações acerca da prática clínica no campo psíquico em andamento em alguns setores do Hospital das Clínicas da UFMG. Assim, será possível verificar mais à frente como tais argumentos de Laurent se encadearam às reflexões desta tese.

Para responder à interrogação do que seria a evidência pertinente à psicanálise, Laurent (2007) assevera que a psicanálise se ocupa de uma evidência que escapa ao protocolo universal. Para esse psicanalista, há três pontos de domínio da articulação entre psicanálise e medicina: a) *os fenômenos que procedem do campo da palavra*; b) *os fenômenos do corpo*; e c) *os paradoxos do uso do medicamento*.

Detalharemos cada um à luz do que foi apreendido de sua conferência: a) Sobre *os fenômenos do campo da palavra*, Laurent (2007) aponta que eles são difíceis de se reduzir na série estatística dos protocolos. Por exemplo, no episódio de um estudante que matou cinco professores e vários colegas em uma universidade dos Estados Unidos³⁷, algum tempo antes da tragédia, esse jovem fora atendido por um psiquiatra e outros profissionais que se ocuparam em examinar suas funções cognitivas (afeto pobre, denegação de ideias suicidas, julgamentos bons em geral, dentre outros achados). A síntese do parecer foi que o tratamento psiquiátrico não seria algo tão imediato. Porém, um professor de literatura denunciou que o aluno tinha distúrbios, que suas ficções eram temerárias. Mas, de fato, nada chegou a ser feito para responder à particularidade dos sintomas desse rapaz, visto que ele recebeu inúmeros diagnósticos pelos exames e testes aos quais se submeteu, mesmo que suas respostas não se encaixassem na linha padrão de nenhum deles: “A grande dificuldade é a de responder ou compreender o que se escuta” (Laurent, 2007).

Laurent (2007) continua seu raciocínio citando uma das pesquisas, dentro de uma série que se iniciou nos Estados Unidos, que comparava psicoterapias. Ocorreu equivalência nos resultados das diferentes psicoterapias que utilizam a palavra. Mas o que seria isso? A

³⁶ Conferência “Psicanálise e medicina baseada em evidências”. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. *Projeto Sentimentos do Mundo* (UFMG). Inédita. (comunicação pessoal em 01/08/2007).

³⁷ Laurent comenta o caso do estudante Cho Seung-hui, ocorrido em 16/04/2007, e que ganhou destaque na mídia mundial naquele ano. O estudante da Universidade Estadual da Virgínia tirou a vida de 32 pessoas, ferindo, pelo menos, outras quinze. Quando cercado pela polícia, cometeu suicídio. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Massacre_de_Virginia_Tech#Cho_Seung-hui

“expertise francesa” estaria sendo avaliada? Laurent (2007) pontua que existem jogos sem perdedores, mas essas pesquisas manifestam uma necessidade autoafirmativa de “querer” concluir acerca da eficácia das terapias cognitivas comportamentais (TCC) sobre a psicanálise. Tais pesquisas explicitam uma vontade de ir além de todos os veredictos de um vencedor ou perdedor para as terapias que utilizam a palavra. Há impasses em padronizar a avaliação randomizada (um caso acaso) para as pesquisas de todas as áreas e muitos resultados não são interpretáveis pelos próprios médicos: por exemplo, no caso de suicídio de adolescentes e de idosos. Com o aumento mundial da medicação antidepressiva entre adolescentes, aumentou a tendência de passagem ao ato e, conseqüentemente, a elevação da taxa de suicídio entre eles (cf. Laurent, 2007). As meta-análises seguidas se contradizem, com o risco de se produzir e divulgar provas, mas sem interpretação criteriosa. Isso gera grande angústia nos médicos que, diante do seu julgamento, se perguntam se podem ou não prescrever antidepressivos.

Ocorre um impasse particular nesse contexto das reduções estatísticas, com uma gradativa transferência de responsabilidade sobre a evolução de certos casos para o psicoterapeuta ou psicanalista, alerta Laurent (2007). E, diante da complexidade do real em nossa modernidade (real inapreensível, sem lei³⁸), ficam várias interrogações: como medir as situações que não são reproduzíveis em laboratório?; como interpretar o real, a não ser nessas experiências reduzidas?; quais seriam os usos possíveis desse tipo de redução? (cf. Laurent, 2007). Uma primeira consequência geral das reduções está ligada à atribuição autoritária, o que fere o direito do sujeito de querer saber e seu direito de escolher (cf. Laurent, 2007). Tal empenho em calcular uma medida ideal, que sirva para o máximo de pacientes, dispara esse processo de padronização ou universalização das recomendações para as melhores práticas e intervenções médicas. Mas podemos observar as dificuldades associadas nesse ponto.

b) Sobre *os fenômenos do corpo*, o destaque de Laurent (2007) é para a não possibilidade de reduzi-los, transformando o corpo em organismo. Eles estão sempre além dessa tentativa. Abrimos parênteses nesse percurso apresentado por Laurent (2007) para, de acordo com esse eixo na articulação da medicina com a psicanálise, destacarmos o lugar do corpo e os fenômenos que podem se apresentar ao sujeito, levando-o a se colocar em determinadas situações na relação com um médico.

³⁸ O real “sem lei” pode ser identificado ao imprevisível como aquilo que insiste enquanto indiscernível, aquilo que “não cessa de não se escrever” (Miller, J. A. (2002). O real é sem lei. *Opção lacaniana*, 34, 7-16.

Anne Marie Moulin (2006/2009) aborda a história do corpo na medicina, afirmando que, do século XX em diante, temos uma medicalização do corpo sem precedentes. Com o seu saber descritivo e científico, a medicina, mais que eliminar, acabou por pulverizar as doenças. Os atos da vida diária passaram a ser enumerados e enquadrados, dando origem a todo tipo de guia de condutas e recomendações para a boa saúde e certeza de longevidade. As inovações – desde a anatomia patológica, o raio-X e outros exames químicos e de imagem – foram esquadrihando o corpo humano de tal forma que tornou-se inevitável a invasão da autonomia, da privacidade, dos modos de reprodução e das formas de morrer dos sujeitos. As instâncias religiosas e jurídicas passaram a acompanhar os crescentes excessos de uma medicina que avança para a pós-modernidade, cuja perspectiva converge para o projeto utópico de Descartes: “cada um vai ser o médico de si mesmo” (Moulin, 2006/2009, p. 82).

Retomando Laurent (2007), na psicanálise, há muito tempo lidamos com estudos prospectivos. São estudos de casos acompanhados por longa data. O uso pulsional do objeto oral, por exemplo, na bulimia ou na anorexia, é efeito da contaminação imaginária e do autoerotismo. Não se trata de um efeito mimético, como sinalizou uma pesquisa americana, que afirmou que as pessoas que convivem com obesos ficarão obesas também. Laurent (2007) nos alerta para o fato de que o uso que cada um faz de seu corpo é algo bem particular. Nesses transtornos alimentares, o sujeito não encontra um regulador que se apoie em sua fala e as intervenções sobre o corpo tendem a ser mais difíceis na anorexia. A psicanálise faz um uso estrito da fala que, sendo a sua ferramenta, pode constituir-se como modo de regulação suplementar para lidar com os impasses clínicos que não se submetem ou não se explicam nos achados científicos. No caso da obesidade – que pode se aplicar facilmente a outras áreas, especialmente aqui em nosso tema da ginecologia e da reprodução medicamente assistida – alguma nova intervenção ou técnica pode ganhar estatuto de solução rápida e mágica. Mas fenômenos aleatórios tendem a aparecer e poderão ser considerados pelo médico, enfermeiro e psicanalista, sugere Laurent (2007).

Sabemos que, ainda que fique notória a necessidade de que um paciente passe a ser “olhado” também por outros profissionais, incluindo psicólogos, nem todos aceitam vivenciar essa experiência, ainda que seja por pouco tempo. Dentre outros impedimentos, na maioria das vezes, é com os médicos, os enfermeiros ou outros profissionais que não pertencem ao campo da psicologia que cada paciente poderá falar, se tiver oportunidade, sobre a forma como vem lidando com o próprio corpo. Vale destacar que esses fenômenos aleatórios, em nosso entendimento, não serão acolhidos da mesma forma por médicos, enfermeiros e psicólogos, sejam eles profissionais afeitos ou não à psicanálise. Enquanto presença física real

de um discurso no contexto institucional da saúde e da assistência, o psicanalista pode promover efeitos de multiplicação imponderáveis. Entretanto, a prudência se mantém necessária ao discutir esse detalhe da interface entre psicanálise e medicina envolvendo o corpo. Pois também é com seu corpo que o profissional pode sustentar uma posição na instituição junto aos pacientes. Essa é uma posição atravessada pela missão com a qual deu se entrada à instituição, não podendo escapar das inconsistências e armadilhas que se ligam a tal tarefa. Sobre a prudência, interrogamos juntamente com Antônio Teixeira (2012): seria prudente querer reabilitar tal noção no campo da clínica psicanalítica? E a resposta do psicanalista coincide com nossos desafios quando afirma:

... que na necessidade clínica de se dosar a angústia que a aproximação da verdade suscita, na dialética engajada pela transferência, para mensurar a possibilidade efetiva de sua subjetivação, impõe-se ao analista a retomada clínica da noção de prudência para se haver com as determinações contingentes do sofrimento psíquico (p. 65).

Teixeira (2012) articula também o sentido dado por Aristóteles ao termo prudência na contribuição de Pierre Aubenque (1963), que seria o sentido de “um julgamento constituído a partir de um fator eminentemente corporal” (Aubenque, 1963, p.161-162, citado por Teixeira, 2012, p.78).

O raciocínio de Laurent (2007) segue para além dos paradoxos do que procede do corpo e converge finalmente para o terceiro e último ponto de articulação entre medicina e psicanálise, que são os paradoxos do uso do medicamento.

c) Sobre *os paradoxos do uso do medicamento*, além do exemplo dos antidepressivos para adolescentes, Laurent (2007) destaca a expansão da farmacopeia moderna, alertando que há pesquisas buscando um medicamento de uso único ou indicação única: seriam medicamentos multifuncionais. O que vemos ocorrer no cotidiano é que, a cada novo medicamento no mercado, as pessoas tendem sempre a ultrapassar os limites de uso. Por exemplo, os antipsicóticos que estão sendo usados para transtorno de humor e as anfetaminas que são empregadas para combater a hiperatividade infantil. No conjunto, a situação fica parecida com um coquetel de variados remédios ao dia, até mesmo para as crianças. Há angústia do médico em reduzir o polimorfismo dos sintomas e seus efeitos, afirma Laurent (2007), fazendo com que ele recorra cada vez mais à MBE, visando uma saída para lidar com o caso particular. Tal angústia eleva o poder de sedução da MBE sobre o médico, entretanto, mesmo em nossa atualidade tão experimental, ele não se desvincula completamente de seu ato

(Laurent, 2007). Lembramos que Pierre Benoit (1989) já defendia essa ideia de que, mesmo em tempos de ciência positiva, o médico permanece componente de sua própria receita ou prescrição; na verdade ele se receita e é também parte do “objeto medicinal” (p. 72-132).

Finalizando as contribuições de Laurent (2007) oriundas da conferência, ele afirma que a época da psicanálise artesanal acabou e que devemos considerar os efeitos paradoxais das séries estatísticas. Devemos ser contemporâneos para considerar os desafios que se apresentam com os “artefatos” estatísticos que vão sendo gerados nas avalanches de publicações científicas internas ao atual paradigma da ciência. O psicanalista pontua que não se trata de buscar todos esses números dos artefatos, mas vamos nos servir dos impasses ou das contradições estatísticas que se apresentam inevitavelmente na clínica médica, sempre trazendo angústia. É preciso, portanto, que os médicos e outros profissionais que acolhem os pacientes permaneçam suficientemente angustiados, é uma angústia a ser partilhada entre médicos e psicanalistas (cf. Laurent, 2007).

A demarcação da angústia torna-se estratégica em nosso trabalho, visto que é desse afeto que “não engana” e que afeta os corpos que, em geral, é feito o chamado ao profissional da assistência “psi” nas equipes multiprofissionais de saúde. Profissionais e pacientes encontram-se cada vez mais angustiados. Temos que investigar de forma precisa para que nossos resultados sejam escutados pelos médicos e outros profissionais angustiados *como evidências*, para que estes suportem a angústia que promove o conflito interno, a “divisão subjetiva”. Sabemos que nem todos os cientistas abrem espaço para essa divisão e não se surpreendem com o ser humano falante e singular. A psicanálise sobrevive enquanto saber, método e tratamento por causa do fracasso. Entendemos que ela só persiste porque o paciente responde fora de uma norma esperada, ou não se contenta em receber o que ele próprio demandou ao seu médico (um medicamento, uma cirurgia, uma técnica...). Foi dessa maneira que Freud participou do nascimento da psicanálise, com as histéricas não lhe respondendo da forma como ele aguardava (cf. Freud, 1910/1987).

Se para a psicanálise lacaniana *a relação sexual não existe*³⁹, por outro lado, a sedução da estatística dos achados científicos configura-se como o anúncio de uma realidade supostamente completa e acabada para os sujeitos. Há promessas com as publicações de estudos científicos e teorias se multiplicando num mundo globalizado, mas a verdade resultante tende a ser fugaz e não durar muito tempo. A psicanálise não porta um saber

³⁹ Cf. Lacan, J. (1972-73/2008). *O Seminário, livro 20: mais, ainda*, p.40.

Trata-se de que não existe relação sexual que possa pôr-se em escrita. Cf. Lacan, J. (1973/2003). Nota italiana. In: *Outros escritos*, p.314.

totalizante, não deve ocupar o lugar do mestre, não oferece respostas aos vazios e limites do exercício clínico do médico. Aliás, na pós-modernidade, podemos afirmar que a ciência, com suas imagens e técnicas, assumiu o lugar de mestre e nem o próprio médico conseguiu manter sua autoridade sobre o saber do corpo. O médico domina a técnica, os números e químicas do corpo, mas continua sem saber exatamente o que o corpo de seu paciente fala (ou quer falar). O mal-estar do médico se apresenta “a mais” quando ele busca uma medida exata do que ocorre na situação de enfermidade e sintoma, sem necessariamente ficar garantido que tocará alguma verdade acerca do sofrimento desse paciente. E a psicanálise persiste por causa disso, por causa do inesperado, daquele caso único que falha quando era sucesso provável ou quando é sucesso quando o mais certo seria o fracasso (na medicina reprodutiva são inúmeros os exemplos, marcando essa clínica com algo de instigante e surpreendente, a despeito do desconforto que possa provocar).

O praticante de psicanálise também rateia, sua posição é a do analisante, daquele que se pergunta, que nem sempre tem noção do que já é sabido. O inconsciente tem ligação com um saber que não se sabe de forma exata. A psicanálise pode contribuir apontando que é na relação paciente-médico que se encontra uma boa possibilidade de se abrir uma brecha para a criação ou invenção do sujeito paciente ou do sujeito médico. A psicanálise persiste e pode ser aplicada nesse contexto complexo da clínica médica se ela for um discurso capaz de acompanhar sua época e não desprezar os progressos imensos da ciência médica. Como discurso, a psicanálise implica em laço social, ser capaz de fazer falar e abrir espaço para a fala dos sujeitos angustiados e em conflito com suas repetições. Para sustentar essa posição, a psicanálise, entretanto, não pode se recobrir de uma arrogância de saber que ela mesma questiona. Supor a existência do sujeito do inconsciente e de sintomas que podem insistir de forma mortífera onde quer que exista um ser falante remete à ética da psicanálise e sua forma de lidar com um saber que é constitutivamente incompleto e que vem do real. Sobre a ciência pós-moderna, a recomendação de Boaventura dos Santos (1996), como citamos, novamente pode integrar o exercício da prudência e da insegurança, considerando que prudência é insegurança assumida e controlada. E a insegurança poderia ser mais exercida na clínica médica pelos profissionais ao invés de se buscar o domínio das decisões, seja consigo mesmo, com seus pares ou, no desafio maior frente ao sintoma, de seus pacientes.

Cumprindo a proposta deste capítulo, discutimos a interface entre psicanálise e medicina, elegendo alguns pontos que julgamos serem de destaque em nossa prática. Para finalizar, vamos nos aproximar da clínica da pesquisa em questão. A prática ginecológica sustenta o desafio de acolher e acompanhar a saúde das mulheres em seu complexo percurso

da feminilidade e suas transformações. Além disso, é uma clínica que lida com as mulheres em seus diversos processos de prevenção e tratamento nas várias etapas da vida, incluindo a maternidade. A medicina reprodutiva, inserida especialmente na ginecologia, acolhe as mulheres com seus parceiros, que demandam por uma gravidez que, por algum determinado contexto, não tem chance de ocorrer sem essa nova aliança. Constatamos que há no contemporâneo essa busca idealizada do “ser mãe” somada à complexidade do “ser mulher” em sua invenção necessária. Da repetição das pacientes nessa clínica surgem os impasses para os médicos que frequentemente dizem não compreender o que suas pacientes demandam. Entretanto, os profissionais da medicina observam que algo insiste em habitar e agitar o corpo de cada mulher (e não é o bebê!) que se apresenta ao médico com uma demanda e, muitas vezes, leva-o para uma direção oposta àquela que inicialmente fora explicitada como o seu desejo.

2.6 – Angústia e transferência na assistência em Ginecologia

A informação rápida e globalizada, marcador típico de nosso tempo, tem deixado um saldo de ansiedade no ar, imprimindo clima de urgência para todos nos processos de ação e decisões da vida diária, incluindo as relações amorosas, o ideal de família, o desejo de gravidez e/ou de filho, dentre outros. O sociólogo polonês Zigmunt Bauman (2009) afirma que, embora haja na atualidade uma corrida ao consumo, os bens capazes de produzir felicidade para as pessoas não são negociáveis e estão cada vez mais distantes do campo monetário: trata-se, no caso, do amor e da amizade.

Quando ocorre o excesso da técnica no horizonte dos objetivos, resultados ou das relações, lidamos com a eliminação gradativa de aspectos subjetivos e verdadeiramente significativos para cada pessoa. Nesse contexto, os envolvidos não respondem como autônomos nem como agentes de seu desejo. A abertura para a vida subjetiva de cada paciente, em sua particularidade, parece-nos necessária enquanto instrumento aos profissionais. Isso não equivale a dizer que o médico de qualquer especialidade ou outro profissional de saúde deve abrir mão de suas atribuições e tarefas próprias relativas à profissão para se colocarem como psicanalistas dos pacientes que chegam com enfermidades físicas e ou em sofrimento psíquico. A diferença nos parece instalada na capacidade de esse profissional sustentar em sua prática clínica a existência de limites, mas, ao mesmo tempo,

colocar-se prudentemente naquela posição de insegurança assumida. Tal proposta coaduna com a noção de *docta ignorantia*, inicialmente exposta por Santo Agostinho, mas divulgada pelo filósofo Nicolau de Cusa (1440/2002), que buscava explicar a infinitude de Deus pela matemática. Para esse filósofo e teólogo, somente as ciências matemáticas possibilitam o conhecimento preciso e exato, ao passo que as outras são apenas aproximativas, comportando sempre um mais e/ou um menos. O sentido dessa expressão é de que o homem sabe que não sabe tudo. O princípio cusano é semelhante ao da célebre frase de Sócrates: “Somente sei que nada sei”. Embora não se trate de um não-saber simplesmente, nem de pura falta de conhecimento, a expressão envolve um saber mais elaborado do grau e extensão da causa do não conhecimento. Trata-se de uma ignorância resultante do saber das limitações da compreensão humana sobre as coisas, questionando a certeza absoluta. Essa ideia se desdobra na afirmativa de que ninguém jamais atingirá a plenitude do conhecimento.

Lacan (1953-54/1986, p. 305) comenta a frase dita por Santo Amândeo: “A palavra me falta”, que se tornou preciosidade de nossa língua desde então. Com o propósito de discutir o *recalque [repressão]*⁴⁰, o psicanalista salienta que, quando o sujeito diz que a palavra lhe falta, geralmente o *recalque* está em ação. Afinal, sempre que há recalque propriamente dito, há interrupção do discurso. E continua o raciocínio afirmando que:

no estado atual das relações entre os seres humanos, pode uma palavra falada fora da situação analítica ser jamais uma palavra plena? A lei da conversa é a interrupção. O discurso corrente se choca sempre contra o desconhecimento, que é a mola da *Verneinung* [negação]⁴¹ (LACAN, 1953-54/1986, p. 307).

Dessa forma, quando um sujeito “se engaja na pesquisa da verdade como tal, é porque se situa na dimensão da ignorância – pouco importa que o saiba ou não” (Lacan, 1953-54/1986, p. 316). “Em outros termos, a posição do analista deve ser a de uma *ignorantia docta*, o que não quer dizer sábia, mas formal, e que pode ser, para o sujeito, formadora” (Lacan, 1953-54/1986, p. 317).

Para Célio Garcia (1997), a angústia gerada desse desconhecimento e não entendimento entre os sujeitos possui função balizadora do campo subjetivo. Diante da angústia, o sujeito empreende seu processo de lidar com sua experiência de existir, enfrentando uma tensão interna constante entre as posições de indivíduo e de cidadão. A tensão entre o *eu* e o *eu no mundo* obrigaria cada pessoa a construir seu laço social. Nesse

⁴⁰ Cf. Hanns, L. (1996). Dicionário comentado do alemão de Freud, p. 355.

⁴¹ Cf. Hanns, L. (1996). Dicionário comentado do alemão de Freud, p.314.

direcionamento de uma queixa ao médico, nossa paciente demanda algo além da informação sobre o que fazer com o mal-estar localizado em seu corpo. Trata-se de uma demanda de amor dirigida ao saber do médico. Um saber que não é qualquer um, ou seja, o que está implícito é a crença de que este – o seu médico – sabe sobre seu ser mais do que ela mesma. A expectativa da paciente é a de que o médico, pelo saber que possui, resolva o seu sofrimento. Por outro lado, o médico acredita que o simples cumprimento de suas recomendações e premissas, muitas vezes fundamentado nos critérios epidemiológicos, forneça o resultado esperado. Dependendo da natureza do vínculo instalado entre ambos, uma relação de confiança poderá ou não se consolidar, marcando significativamente os rumos do próprio tratamento.

Chamamos de *transferência* esse vínculo favorável de confiança existente entre médico e paciente, cuja instalação pode tornar possível um espaço aberto para a fala do/a paciente numa dimensão para além do sintoma fisiológico, mas que nem por isso permite que o médico se instale num lugar de rei da vida do mesmo. Por meio da escuta do profissional, pode ser possível a esse/a paciente explicitar que há mais a dizer com aquele sintoma, favorecendo a elaboração de um novo saber sobre si e sobre o próprio sofrimento, cujo sentido para cada paciente está atravessado pela subjetividade. Ainda que sofra no corpo as consequências de uma doença ou falha (por exemplo, a Perda Gestacional de Repetição), a paciente conjuga sua dor com elementos subjetivos próprios, que associa à sua experiência específica.

É preciso clareza sobre a não existência de simetria nessa relação que se instala entre pacientes e médicos, pois tanto os pacientes como os profissionais estão sujeitos a vivenciar equívocos e frustrações entre si, uma vez que existem os mal-entendidos próprios da linguagem e da limitação inevitável de se fazer entender completamente.

Pois bem, enfatizamos que, através do contato com o médico, a paciente demanda muito mais do que realmente explicita em seu discurso. E seu pedido, carregado de elementos emocionais, diz respeito ao seu posicionamento subjetivo na relação com o outro. Nesse contexto, a demanda e o desejo não são equivalentes. O desejo inconsciente está encoberto pela queixa inicial, implícito no que a paciente diz objetivamente. A sutileza desse contato reside na necessidade de que o médico esteja advertido dessas nuances e saiba acolher a demanda e ajudar a paciente a se implicar nela. Como ele não sabe como fazer isso com essa paciente que se encontra em sua frente, caso consiga admitir esse limite real ou a ignorância, já terá alguma chance de utilizá-la a favor da clínica. Pois a *transferência* é um poder, e o segredo é saber não utilizá-lo, é não dar consistência a ele: “Quando um homem recusa ser

rei, não tem de modo algum o mesmo valor que quando aceita. Pelo fato mesmo de que recusa, não é rei” (Lacan, 1953-54/1986, p. 317).

Capítulo 3 – Psicanálise e Maternidade

Na psicanálise, o estudo da sexualidade feminina abrange o enfrentamento de questões ligadas à disjunção ou divisão mulher-mãe e aos impasses diante do ser mulher e do ser mãe. Pelas articulações teóricas propostas nos textos de Sigmund Freud, e posteriormente nos de Jacques Lacan, verificamos um impossível de dizer tanto do lado da mulher quanto do lado da maternidade. Porém, a maternidade carrega de maneira particular o estatuto da paixão, do dom. A criança pode ser inscrita de formas diferentes para cada mulher, demarcando radicalmente um antes e um depois da sua chegada. Ter um filho na realidade social contemporânea da solidão generalizada de cada um confirma o inesperado e o singular de cada mulher para lidar com a sua falta de saber sobre o ser mãe e o ser mulher.

Freud (1898/1987) antecipara que seria um dos maiores triunfos da humanidade poder relacionar o ato responsável de ter filhos a uma “atividade deliberada e intencional”, que libertaria os sujeitos dos “embaraços acarretados pela satisfação necessária de uma necessidade natural”. Entretanto, ele igualmente alertou que isso não se daria sem “uma drástica mudança em nossas condições sociais” (p. 247-248). As mudanças trazidas pelos avanços biotecnológicos e bioquímicos são progressivamente surpreendentes, especialmente na medicina reprodutiva. Elas desvincularam definitivamente o desejo erótico do desejo de procriar.

A procriação é um significante atrelado à vida e ao investimento libidinal. Entretanto, tal como a morte ou o feminino, o termo procriação não possui representação para o ser falante. Investigar o que é o impossível de representar da maternidade nos direciona a questionar o papel que um filho pode ocupar na economia libidinal de uma mulher. Partimos do princípio de que a condição permanente de incompletude ou inconsistência do significante feminino faz com que a maternidade possa ocupar, nas mulheres, o lugar de obturação dessa falta feminina.

Nesse sentido, o desejo de ter um filho pode se apresentar como um verdadeiro imperativo, a partir do qual a mulher busca situar o seu ser. O filho pode figurar, inclusive, como sonho ou projeto “controlado”, sem que, necessariamente, seu lugar seja subjetivado pela mulher. Desde a pílula e o advento da medicina reprodutiva, as possibilidades de se efetivar tal controle sobre a chegada de um filho se ampliaram. Hoje, a confiança que uma mulher deposita tanto na eficácia da pílula quanto no resultado de uma fertilização *in vitro*

pode ser total, a despeito das porcentagens discrepantes de sucesso de cada uma. Ademais, o corpo pode desmentir a ciência e suas certezas. Isso vem ocorrendo e trazendo efeitos sobre as posições subjetivas em relação à tríade mãe-pai-criança, aos papéis parentais, à própria relação entre os sexos e à experiência da gravidez, que se descola tanto do sexo como da própria criança. Nessa perspectiva, ser mãe nos tempos modernos atualiza antigos desafios inerentes à complexidade do sujeito feminino, com o seu impossível de dizer e seu laço com o próprio corpo. A tarefa de integrar a atual “pluralização” da mãe, que pode ser mãe biológica ou genética, adotiva, simbólica, mãe portadora (nos casos de útero de substituição), mãe social, dentre outras, traz também a fragmentação ou o apagamento do corpo como pano de fundo, conforme pontua Christiani Alberti (2014).

Neste capítulo, nosso objetivo é observar para onde os estudos psicanalíticos nos direcionam em relação ao tema da maternidade, nos casos em que as mulheres buscam a gravidez e ou um filho em parceria com a ciência. Não é nossa intenção aqui, e nem teríamos fôlego para isso, apresentar um tratado teórico sobre a feminilidade e a maternidade. Elegemos alguns conceitos psicanalíticos que estão na base da leitura da experiência do inconsciente para o ser humano e que favorecem a compreensão do percurso empreendido por uma menina em direção ao tornar-se mulher e, em cada caso, tornar-se mãe. Assim, nossas reflexões se iniciam com uma retomada da noção de pulsão, que é aquilo que introduz o ser humano no real da existência, no desafio de se diferenciar e de se localizar no mundo, em especial, no percurso da menina até tornar-se mulher. O papel que a maternidade pode exercer para uma mulher e, ainda, o endereçamento possível do “ser mãe” em nosso contexto contemporâneo orientam as discussões conceituais.

A mãe, como ser de linguagem, com sua força e seus limites, suas contradições e excessos, permanece como parte de todas as construções e lacunas do ser falante. Em tempos de medicina reprodutiva, torna-se legítimo perguntar se a medicina e a ciência passam a ser componentes e parceiros das mulheres nessa demanda de gravidez e/ou de filho. Com o atual descolamento entre os desejos de gravidez e de filho, além do contexto moderno das ofertas da ciência e da reprodução para todos, a decisão de tratamento levada aos especialistas da medicina reprodutiva chega cada vez mais imperativa, desmedida ou pulverizada. O que pode ser aprendido sobre o “ser mãe” nessa clínica que é atravessada inevitavelmente pelas contradições do feminino? Como os diversos profissionais dessa clínica lidam com essas pacientes que transbordam demandas e frustrações, refletindo faltas e excessos femininos? Essas são algumas interrogações nascidas no âmago dessa clínica que instigaram nosso estudo. Para tentarmos respondê-las, acompanharemos primeiramente as formulações de

Freud, passando por Klein, Winnicott, Rivière até chegarmos a Lacan. Faremos o percurso que a menina deve empreender em sua existência para se diferenciar no mundo enquanto ser feminino chegando à maternidade buscada, negada, imaginada, concretizada ou não com a ajuda da técnica médica, mas com sua cota permanente de impossível de dizer.

3.1 – As pulsões e a diferenciação sexual

O percurso recolhido nos textos psicanalíticos nos apresenta o “tornar-se mulher” como um movimento contínuo e singular para cada menina. A maternidade pode se inscrever como uma das respostas possíveis para esse incessante questionamento do ser mulher. Na teoria freudiana, por exemplo, observamos que a decepção quanto à crença inicial da universalidade do pênis pode ser equacionada para uma mulher em função de uma gravidez, de modo que o bebê se constituiria como um preponderante destino da vida pulsional no feminino.

No texto dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905a/1987) apresenta a pulsão sexual como algo entre o anímico e o somático. Ele afirma, nesse momento teórico inicial, que “a atividade sexual apoia-se primeiramente numa das funções que servem à preservação da vida, e só depois, torna-se independente delas” (Freud, 1905a/1987, p. 170). Sabemos que os aspectos relativos ao nascimento e a origem, desde cedo, colocam o ser humano em perturbação e submerso em questionamentos. Destaca-se o caminho a ser trilhado por meninos e meninas no processo de significação da procriação e da diferença sexual rumo a se tornarem *sujeitos*. Na psicanálise após Lacan, o sujeito em questão não é o sujeito psicológico, o indivíduo com seus predicados marcados pela identificação. A psicanálise lida com o sujeito enquanto efeito da linguagem, aquele que não pré-existe, mas se constitui pela incidência da linguagem sobre ele.

Para Freud (1905a/1987), a sexualidade está presente desde a infância. Ela é despertada por um sujeito de linguagem e de desejo sobre a criança. Por isso, não podemos considerar que um instinto genital ou sexual tenha seu tempo de acordar e iniciar o cumprimento de determinadas funções biológicas, visando especificamente à reprodução da espécie. O resultado da satisfação sexual articula-se aos contextos libidinal e pulsional, indo muito além do programa biológico. Se o corpo biológico não encerra a explicação natural da sexualidade, é justamente porque qualquer parte desse corpo pode se configurar como zona de

prazer ou zona erógena. Dessa forma, constata-se a separação entre a sexualidade e a anatomia, sendo que a sexualidade humana não está voltada para a reprodução, mas sua finalidade está, acima de tudo, a serviço da satisfação das pulsões (Freud, 1905a/1987).

É importante fazermos uma distinção entre instinto e pulsão para que entendamos o que foi a construção teórica de Freud em sua época. Numa parceria recente entre psicanálise e genética, François Ansermet⁴² e Pierre Magistretti⁴³ (2011) destacam como é possível que o que funciona para as regulações fisiológicas do corpo seja tão disfuncional na vida psíquica do ser humano. Eles reforçam que nos animais impera uma forte determinação genética. Os comportamentos animais são determinados por programas genéticos, que se manifestam via instinto. No plano da sexualidade animal, tudo está determinado de forma precisa, uma coreografia comum aos membros de cada espécie. O balé das aves, por exemplo, é uma codificação que implica em uma “instrução de uso” determinada geneticamente. Cada parceiro tem as instruções de uso do outro sexo e das preliminares. Por outro lado, com o ser humano, não existem tais instruções, o que o deixa a mercê do desconhecido, em um voo *solo*, levado ou arrebatado por algo que não controla e nem conhece a origem, uma força que ora lhe dá pistas e ora lhe deixa desamparado acerca do que o outro pensa. Veremos que tal insuficiência ou ausência de instruções de uso está no cerne da singularidade e da liberdade individual de cada ser humano. Nesse sentido, constatamos que o instinto é um comportamento que surge da programação genética, enquanto a pulsão (para o ser humano) é precisamente o produto da insuficiência da determinação genética (cf. Ansermet e Magistretti, 2011, p. 18-19).

Para Freud (1908/1987), no percurso da elaboração de respostas para a origem dos bebês, o desejo de tê-los pode surgir desde a infância, se manifestando, por exemplo, nas várias brincadeiras. Nelas é possível perceber um tipo de elocubração infantil ou ensaio que, numa maternidade ou paternidade futuras, poderão compor a fantasia de cada sujeito. Há uma ordem libidinal inconsciente determinando o campo da sexualidade humana. As fantasias sexuais das crianças tentam responder às lacunas de sentido e as pesquisas infantis se dão por meio de demandas pulsionais, que ainda são desprovidas de objeto e requerem escolhas. Freud (1908/1987) acrescenta que o pensamento infantil logo se torna independente dessa instigação inicial e passa a operar como uma pulsão autossustentada de pesquisa ou saber. O conceito de pulsão (do alemão *Trieb*) sinaliza a tendência para algo, uma força que se liga a

⁴² Psicanalista, Professor da Universidade de Genebra (Suíça).

⁴³ Geneticista, Diretor do *Brain Mind Institute* e do Centro de Neurociências Psiquiátricas da *Université de Lausanne*.

certo movimento. A ideia fundamental é a de movimento que impulsiona. A pulsão é definida por Freud (1905a/1987) como “um representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação” (p. 157). Ela é apresentada em suas quatro dimensões: a pressão (*Drang*) que é constante, a finalidade (*Ziel*) que é a satisfação, a fonte (*Quelle*) que são as zonas erógenas e o objeto (*Objekt*), que é variável e favorece o alcance da satisfação. Isso é importante pelo fato da função sexual só poder se atualizar pela via das pulsões parciais. Nesse sentido, Freud (1905a/1987) descreve a sexualidade como infantil, perversa e polimorfa, destacando que a pulsão é autoerótica, satisfaz-se no próprio corpo. A sedução advinda dos cuidados maternos sobre o corpo da criança coloca o filho para a mulher como “o substituto de um objeto sexual plenamente legítimo” (Freud, 1905a/1987, p. 210), de modo que da própria relação mãe-bebê pode ser extraída grande satisfação. Mas a sedução não é necessária para se garantir tal satisfação, “podendo esse despertar surgir também, espontaneamente, de causas internas” (Freud, 1905a/1987, p. 178). Essa observação nos interessa diretamente nessa abordagem do papel que a mãe desempenha na experiência de satisfação da criança, quando não há ainda, para essa última, nem dentro e nem fora do corpo.

A teorização freudiana questiona a diferença entre os sexos quanto ao que seria o “masculino” e o “feminino”. Para Freud (1923/1987) a regulação da sexualidade passa por uma única linha, a fálica. O falo é uma inscrição psíquica, aquilo que falta ou pode vir a faltar. E, ainda que o anatômico componha o campo da sexualidade, a inscrição fálica funciona como o único órgão reconhecido pelo inconsciente. No texto “Organização Genital Infantil”, Freud (1923/1987, p. 182) assinala que o pênis, por não se constituir uma posse comum a todas as criaturas humanas, deflagra uma contradição entre o observado e o preconcebido, visto que, de início, todos possuem pênis para as crianças. Deparar-se com a diferença, com esse “algo” que era para estar em determinado lugar, mas não se encontra, constitui a base das pesquisas infantis e o trabalho posterior para lidar com a castração constatada. Assim, o falo é a representação figurada do órgão masculino. O uso do termo *falo* sublinha a função simbólica desempenhada pelo pênis na dialética intra e intersubjetiva, enquanto o termo pênis é, sobretudo, reservado para designar o órgão em sua realidade anatômica.

Nessa direção, Freud (1930/1987) apresenta as pulsões parciais como formas de organização da sexualidade infantil, que vão sendo recalçadas progressivamente. A questão de como são mobilizadas tais forças tão relevantes para a cultura e o desenvolvimento de um ser humano adulto é respondida a partir de uma troca. O ser humano deve abrir mão de certos privilégios, inclusive sexuais, pela sobrevivência e pelo grupo social (cf. Freud, 1930/1987). Deve-se abrir mão de algo no âmbito da satisfação individual para a sustentação do convívio

social, o que na história da civilização associa-se à sobrevivência da humanidade. Entra em cena a operação da sublimação, na qual a energia proveniente do afluxo incessante das moções sexuais infantis é desviada completa ou parcialmente para outros fins que não os sexuais.

Na Conferência XXXII, “Ansiedade e vida instintual”, Freud (1933a/1987) demarca uma característica dos estímulos pulsionais, que é a impossibilidade de escapar dos mesmos. O aparelho psíquico está exposto ao somatório proveniente do campo corpóreo. O que o texto freudiano nos antecipa é que não há rota de fuga para os estímulos que chegam de dentro do organismo, tais como a fome e a sexualidade. Acerca dessa realidade sexual, ocorrências contingentes podem adquirir valor traumático no percurso de cada sujeito, o que significa permanecer sem representação na linguagem. Nos textos freudianos, a noção de trauma ocupou espaço inicialmente como resposta ao sofrimento neurótico. O trauma psíquico, detalhado por Freud (1893-1895/1987) em seus *Estudos sobre a Histeria*, é descrito a partir da relevância do contexto do traumatismo da lembrança recalcada vir a ser cunhado no *a posteriori*, associando-se a excessos de pensamento que o sujeito, nesse momento anterior, não conseguiu responder. A criança, nesse sentido, tem uma verdadeira urgência de investigação, com imensa capacidade de pensamento e questionamento, mas fica somente com a resposta do *ter ou não ter*. Essas primeiras investigações infantis fazem a abertura para todas as pesquisas intelectuais posteriores.

Pois bem, Freud (1908/1987) insiste que menino e menina se colocam diante da universalidade do pênis, o que culmina na ameaça de castração para o menino e na inveja do pênis para a menina. Ele recorre ao complexo de Édipo, dentre outros mitos, para elucidar teoricamente os processos observados em sua clínica. Como sabemos, o complexo de Édipo refere-se à atração do menino pela sua mãe e da menina pelo pai. Tal construção mítica nos auxiliará no entendimento conceitual do impossível do feminino que também se apresenta na maternidade.

3.2 – O complexo de Édipo e o falo

A expressão “complexo de Édipo” foi utilizada por Freud inicialmente em 1910, no texto “Um tipo especial de eleição de objeto no homem”, no qual é ressaltado que o menino

deseja a mãe e nutre ódio pelo pai, ou aquele que se interpõe entre ele e sua mãe, tornando-se seu rival. A mãe, por sua vez, é considerada infiel, visto que permite a proximidade do pai. As fantasias geradas vão se fixando e tendem, com certa frequência, a uma intenção de salvar a mãe ou o pai. A vontade de salvamento surge como possível pagamento ou recompensa pela vida recebida. Freud (1910/1987) chama a atenção para uma fase masculina na mulher, na qual pode ocorrer a expressão direta da hostilidade e da inveja de pênis pelas meninas. O desejo de ter um filho surgiria como herdeiro da inveja de pênis. A equação simbólica entre bebê e pênis aparece na clínica freudiana articulada à inveja do pênis, daí a possibilidade do sujeito masculino transformar-se em suplemento de pênis, representante do que falta à mulher. Ao buscar ser mãe, a mulher desejaria ser um menino (Freud, 1917/1987, p. 19). Igualmente, o constante relato dos pacientes sobre uma criança que é espancada faz com que Freud (1919/1987) chegue a elaborar os três momentos fundamentais dessa fantasia, reconhecendo que na fantasia da menina comparece uma identificação ao menino. Para ele, o complexo de Édipo na menina pode ser explicado de maneira simétrica ao Édipo masculino, tendo a mãe como rival e o pai como personagem central de desejo. Mas, diante da restrição ou interdição do incesto, a menina/mulher tenderia a sair do Édipo por essa via de bancar ou querer ser um menino ou um homem. Depois de uma primeira eclosão, a puberdade vai se configurar para meninas e meninos como momento de rearranjos e renovações da escolha objetal, atravessada pelos recalcamientos dos contextos anteriores.

Freud (1925/1987) demarca a forma pela qual o primado do falo se revela para um e outro sexo. O pênis que não é visto se inscreve no registro da falta mesmo para o menino. A menina, porém, ele pontua, age diferentemente acerca do pênis: ela constata logo “de primeira” e compreende que “não tem e quer tê-lo”. Nas suas palavras: “A esperança de algum dia obter um pênis, apesar de tudo, e assim tornar-se semelhante a um homem, pode persistir até uma idade incrivelmente tardia e transformar-se em motivo para ações estranhas e doutra maneira inexplicáveis” (Freud, 1925/1987, p. 314).

Dessa forma, a anatomia não irá suscitar a mesma resposta. O menino irá duvidar do que vê, ele não acredita, procura mais informações. A visão da diferença põe início a um processo infindo de busca de compreensão por parte do menino. Ao passo que, para a menina, a constatação é uma antecipação, vem como conclusão absoluta de que não tem, inaugurando caminhos voltados para a esperança de um dia adquirir o pênis. Tais caminhos também podem ser constituídos de denegação para a menina, com a recusa de reconhecer a falta do pênis e a convicção de que na verdade já o tem (cf. Freud, 1925/1987, p. 314). Enfim, nesse momento, o menino vê o sexo feminino como falta.

Sobre os efeitos do complexo de castração na menina, Freud (1938/1987) argumenta no *Esboço de Psicanálise*, que ela certamente não teria que apresentar o mesmo temor do menino, visto que, de fato, não tem o que perder, não o recebeu. Contudo, a inveja do pênis tenderá a permanecer como desafio no desenvolvimento da menina até se tornar mulher. A menina, nesse processo, pode persistir num primeiro desejo de transformar-se em menino, o que poderá lhe destinar no futuro uma vocação masculina e uma homossexualidade manifesta. Um segundo caminho seria o de não perdoar jamais sua mãe pela insuficiência que lhe foi transmitida, abandonando e odiando, assim, a mãe que um dia amou: “a identificação com a mãe pode ocupar o lugar de ligação com ela” (Freud, 1938/1987, p.222). A menina se coloca nesse lugar da mãe, tal qual nas brincadeiras, tomando o lugar dela junto ao pai. O ciúme e a mortificação pelo pênis que lhe foi negado instituem uma nova relação da menina com o pai:

Sua nova relação com o pai pode começar tendo por conteúdo um desejo de ter o pênis dele à sua disposição, mas culmina noutro desejo – ter um filho dele como um presente. O desejo de um bebê ocupou assim o lugar do desejo de um pênis, ou, pelo menos, dele foi dissociado e expelido (*split off*) (FREUD, 1938/1987, p. 222).

Vemos que o percurso edípico da menina descrito por Freud é longo e penoso, exigindo mais etapas do que aquele do menino. As condutas femininas frequentemente associadas à supressão da agressividade favoreceriam a associação do feminino com o masoquismo⁴⁴. Freud (1931/1987) definiu que a primeira tarefa específica da menina rumo à feminilidade envolveria a renúncia da satisfação clitoridiana, para abrir lugar à sensibilidade da vagina (p. 259). Ele constata que o desenvolvimento sexual feminino constitui uma investigação desafiadora para a psicanálise, especialmente se esta se presta a descrever o que é a mulher (cf. Freud, 1933/1987, p. 144).

Freud (1931/1987) discute o brincar da menina e sua ligação com a primeira escolha pela mãe, antes de se dirigir ao pai como objeto. Diz ele:

A predileção que as meninas têm por brincar com bonecas, em contraste com os meninos, é comumente encarada como sinal de uma feminilidade precocemente desperta, e isso não sem razão; não devemos, porém, desprezar o fato de que o que nisso encontra expressão é o lado ativo da feminilidade e que a preferência da menina por bonecas provavelmente constitui prova de exclusividade de sua ligação à mãe, com negligência completa do objeto paterno (FREUD, 1931/1987, p. 272).

A segunda tarefa da mulher, para Freud (1933b/1987), envolve essa troca do objeto de amor. Para menino e menina, a mãe é o grande e primeiro objeto de amor, para onde se

⁴⁴ Veremos adiante as formulações de Lacan contestando o masoquismo como essência do feminino.

inclinam os primeiros investimentos da libido, como sede de satisfação de todas as necessidades e resolução das circunstâncias de cuidado do bebê. Mas, no caso da menina, há algo diferente: “Na situação edipiana, porém, a menina tem seu pai como objeto amoroso, e espera-se que no curso normal do desenvolvimento ela haverá de passar desse objeto paterno para sua escolha objetual definitiva” (Freud, 1933b/1987, p. 147). E, as perguntas que insistem, para ele são: como isso acontece e de qual maneira a menina passaria da ligação de amor com a mãe para com o pai? Como a menina deixa de ser o pequeno homem para se tornar a jovem mulher?

Freud (1933b/1987) reconhece não ser fácil a identificação dos desejos formulados pela menina em relação à sua mãe. Tais desejos seriam marcados pela ambivalência e envolvem fantasias que caminham desde fazer um filho ou, em outro momento, dar um filho à mãe. Nesse ponto, Freud (1933b/1987) resgata a questão da sedução do pai, presente nos primórdios da psicanálise, associando-a a questão da feminilidade e indicando que a mãe, aqui, é a sedutora. No cuidado e higiene corporal do bebê, é a mãe que promove a sensibilização erotizante de todo o corpo da criança, acordando-o para as sensações de prazer (Freud, 1933b/1987, p. 149).

Entendemos que Freud (1933b/1987) procura algo que seja específico da menina e ele chega à conclusão de que a garota responsabiliza sua mãe pela desvantagem de ter vindo ao mundo sem um pênis. Sua resposta lhe direciona para o complexo de castração, visto que “todos esses fatores – as desfeitas, os desapontamentos no amor, o ciúme, a sedução seguida de proibição – afinal também estão atuantes na relação do menino com sua mãe e, ainda assim, não são capazes de afastá-lo do objeto materno” (Freud, 1933b/1987, p. 153).

A inveja e o ciúme imprimem marcas consideráveis no desenvolvimento da menina se comparada à situação do menino. A descoberta da castração para elas direciona para três caminhos. A primeira possibilidade seria chegar a uma inibição sexual ou à neurose. O segundo caminho levaria à mudança de caráter no sentido de um complexo de masculinidade. E, o terceiro, culminaria na feminilidade normal (Freud, 1933b/1987, p. 155).

Mas, mesmo com a feminilidade consumada, Freud (1933b/1987) destaca que o velho desejo de possuir um pênis prevalece na garota. E, quando o desejo de ter um “bebê-pênis” do pai se apresenta, dá-se a sua entrada no complexo de Édipo. A hostilidade direcionada à figura materna também aqui não é nova, ao contrário, torna-se fortalecida diante da rivalidade com essa mãe, que recebe *tudo* desse pai. Enquanto para o menino, o Édipo é encerrado ou reprimido assim que é constatado o risco de se perder o pênis, para a menina, trata-se de uma solução transitória, temporária, mas indefinida (Freud, 1933b/1987, p. 159).

Em relação à identificação materna da mulher, duas posições ainda são apontadas como fundamentais: uma pré-edípica, que repousa na relação afetiva com a mãe que é tomada como modelo; e uma posterior, que vem com o complexo de Édipo, na qual há uma busca por eliminar a mãe e substituí-la junto ao pai. A ligação pré-edípica com a mãe é decisiva para a mulher e, nessa fase, segundo Freud (1933b/1987) são ensaiadas as características que permitirão que a menina exerça suas funções de mulher e possivelmente de mãe se assim o decidir.

A teorização do complexo de castração em Freud fornece uma regulação para uma identificação idealizada do par/casal heterossexual e da satisfação advinda com a maternidade. Nesse sentido, são estes os três possíveis destinos propostos por Freud para a sexualidade feminina: rejeição da falta de pênis com escolha pela masculinidade (homossexualidade); inibição sexual e maternidade. A conclusão de Freud é de que a maternidade pode se constituir como uma das possíveis saídas para a feminilidade. A prevalência da representação do falo no inconsciente mantém a diferença anatômica em termos de ter ou não ter o falo, fazendo o encontro entre os dois sexos não se traduzir num simples encontro de gametas, do espermatozoide com o óvulo. A realidade anatômica, entretanto, permanece como ponto de impasse importante em todo esse processo, tendo o sujeito que enfrentá-la, seja no sentido de combater ou de se apropriar dela.

3.3 – *A equivalência feminilidade-maternidade*

Na época de Freud e de tais elaborações, sabemos que, para a mulher, o poder se localizava na família instaurada pelo casamento e na maternidade. Com as novas edições da condição feminina, o tempo da história nos mostra que ser mulher não é ser mãe, com variações radicais da imagem materna desde o Antigo Regime até o século XVII e meados do século XVIII .

A maternidade, ao longo dos séculos, se amplia muito além dos nove meses de gestação, de um período de pouco ou nenhum envolvimento da mulher com os filhos até a completa absorção da vida e pensamentos da mãe para com a sua prole. Isso ocorre com a aliança de várias estratégias, inclusive econômicas, quando a criança adquire um valor de mercado no século XVIII. É o que ressalta a filósofa Elizabeth Badinter (1980/1985), que

questiona o mito do amor ou do instinto maternos, destacando como alguns discursos em torno da maternidade foram construídos e difundidos na sociedade ao longo dos séculos, com o suporte de filósofos, médicos e psicanalistas. Como consequência, a figura da esposa/mãe foi enaltecida, ofuscando a presença e a atuação do pai. Um discurso do sacrifício em nome do amor, da boa educação e do bem dos filhos vai, por conseguinte, fisgar as mulheres, colocando elevado prestígio à condição de ser mãe, por um lado, mas intensa culpa, por outro. A antiga indiferença das mães dos séculos XVII e anteriores fica relegada ao passado, com a gradativa mudança alcançada no final do século XVIII (cf. Badinter, 1980/1985).

Marie-Hélène Brousse (1993) pontua que devemos a Rousseau e aos médicos higienistas do século XIX a força de um discurso que fez a equivalência da feminilidade com a maternidade. Esse ponto da história é relevante na contextualização teórica das ideias da psicanálise e de seus desdobramentos em relação à sexualidade feminina. Vários teóricos que sucederam Freud, inclusive psicanalistas mulheres, como Karen Horney (1924, 1933 e 1959), Helene Deutsch (1924, 1925 e 1932), Melanie Klein (1928, 1933 e 1937), Ruth Mack Brunswick (1928) e Marie Langer (1981), buscaram apresentar suas formulações procedentes de suas investigações e percepção clínica com as mulheres e meninas. Tal como Freud, a maioria dessas psicanalistas manteve a redução da feminilidade à maternidade, nessa equivalência mulher igual (=) ou semelhante (~) à mãe. Nesse momento, foi valorizada a abordagem do amor e cuidado maternos com destaque à díade mãe-criança e aos efeitos dessa relação no desenvolvimento desse novo ser.

Dentre as psicanalistas mencionadas, uma de grande importância para essa discussão é Melanie Klein, que atendeu crianças bem pequenas, contribuindo com sua clínica. No artigo de 1928, “Contribuições à psicanálise”, ela defendeu que o desmame e a frustração por ele gerada abria a série inevitável de frustrações que introduzem a criança no contexto edípico. Para Klein (1928/1981), o ódio intenso à mãe desenvolvido pela menina se deve ao fato da mãe estar à frente do pênis paterno, o que provocaria impulsos sádico-orais e sádico-anais, na menina, de ferir e destituir sua mãe. Diferentemente de Freud, Klein (1928/1981) acreditava que não era a ausência de pênis que afastava a filha da mãe e a direcionava ao pai, mas, sim, que tal identificação ao pai se dava pela privação do seio, advinda com o desmame. A relação da menina com a mãe tem consequências fundamentais, a partir da introjeção da “mãe boa” e da “mãe má”, representadas pelo seio materno, que ora lhe alimenta e dá segurança, ora se ausenta e causa frustração. A agressividade, a frustração terrificante e a ambivalência dirigidas à mãe, com quem a menina desenvolve um vínculo tão forte e tão precoce, derivam da pulsão de morte, afirma Klein (1928/1981). Acrescenta, ainda, que a relação mãe-bebê é

um legítimo relacionamento amoroso e que no caso, a menina, sente o pênis como objeto libidinal. O supereu da mulher seria mais primitivo, severo e cruel que o do homem, explica Melanie Klein, pois foi cunhado na relação ambígua da menina com o peito materno e com o pênis paterno enquanto objetos introjetados. Assim, o desejo de ter filhos para a menina tenderia a ser sempre intenso, como forma de superar os fortes sentimentos de culpa, podendo tal desejo chegar a ser maior do que o de ter um parceiro sexual (cf. Klein, 1928/1981, p. 255).

Outro psicanalista que se destaca na temática da maternidade é Donald Winnicott, cujas investigações discutiram não só o lado da criança, mas também o da mãe. Ele introduz a importância da falta como formadora do psiquismo infantil, ao descrever os processos de ilusão e desilusão no cerne das primeiras relações da criança com a mãe. Para ele, a mãe é uma função situada ao meio, entre suficientemente boa ou não, podendo promover o encontro da alucinação/ilusão com o bebê. Há um campo intermediário de experiência, afirma Winnicott (1956/1982), onde os objetos transicionais marcam a passagem do estado do bebê de uma fase em que ele está colado à mãe para uma fase de separação. Para ele, “a mãe coloca o seio exatamente onde o bebê está pronto para encontrá-lo, e no momento exato” (p. 402). E o objeto transicional possui valor não só simbólico, mas de realidade.

Essa experiência permite a ilusão de onipotência à criança, como se ela criasse magicamente o seio e o controlasse. Isso possibilita um sentimento de identidade para a criança, defende Winnicott (1945/1982). Da mesma forma, a desilusão é etapa necessária para o psiquismo da criança e envolve a gradativa adaptação da mãe às necessidades da mesma, no sentido da mãe se ausentar e observar os efeitos gerados pela frustração e a capacidade da criança em tolerá-la. É preciso a constatação de que o objeto não estará lá sempre no lugar, e, segundo Winnicott (1945/1982), é responsabilidade da mãe fornecer de maneira sistemática ou uniforme, “o pedacinho simplificado de mundo que a criança, através dela, passa a conhecer” (p. 280).

Winnicott (1945/1982) chama a atenção para a função de espelho da mãe e reconhece a influência das ideias de Lacan sobre o estágio do espelho, quando este descreve o momento no qual o bebê olha para o rosto da mãe e encontra a si mesmo. Winnicott (1945/1982) alerta, porém, que há situações em que o bebê só consegue ver a mãe, que pode estar rígida e só reflete a si própria. Ao apresentar o objeto transicional, entendemos que Winnicott coloca um espaço ou um objeto entre a mãe e a criança, introduzindo uma falta, além da constatação de que a relação mãe-bebê é marcada por frustração, desilusão e, ainda, pela impossibilidade de uma imagem refletida de forma completa no espelho. Desse modo, as relações de objeto,

destacadas em geral nas teorias dos pós-freudianos, não ganham a mesma ênfase nas formulações de Winnicott. Lacan (1956-57/1995), no seminário sobre as relações de objeto, comenta o conceito de objeto transicional proposto por Winnicott, afirmando seu valor. Destacando o aspecto imaginário desse objeto, Lacan (1956-57/1995) entende que a visão de Winnicott direciona para que “a mãe ensine progressivamente a criança a submeter-se às frustrações e ao mesmo tempo a perceber, sob a forma de certa tensão inaugural, a diferença que existe entre a realidade e a ilusão” (p. 34).

3.4 – *Feminilidade mascarada*

A contribuição trazida por Joan Rivière, que abordou a feminilidade pela via da mascarada, se destaca por ir além da equivalência entre feminilidade e maternidade. Em seu trabalho de 1929, no qual discute um caso clínico, a psicanalista chama a atenção para a intelectualização das mulheres como índice de masculinidade. Mas tal construção não prevalece, visto ter encontrado mulheres que conseguiam se movimentar entre essas duas posições que pareciam antagônicas: a de profissionais inseridas na vida social e cultural e, ao mesmo tempo, a de boas mães e esposas, sem perder o autocuidado e a autopreservação. Rivière (1929/1994) destaca, a partir do caso, que as ambições de cunho masculino poderiam se apresentar como máscara da feminilidade, no intuito de barrar a angústia frente à masculinidade e evitar alguma possível reação vingativa dos homens. A psicanalista constata que a mascarada é uma invenção de cada mulher, uma maneira de cada mulher conseguir dar algum tipo de consistência formal para o seu ser mulher: ao “parecer” ser essa mulher passa então a “ser”. A máscara seria um acesso privilegiado, uma forma fundamental para se chegar ou se aproximar do feminino (cf. Rivière, 1929/1994, p. 197-213).

Freud (1919/1987) antes sustentara que o masoquismo seria feminino por ele carregar a expressão própria do ser mulher. Nas fantasias de espancamento analisadas por Freud (1919/1987), o *ser espancado* ficou associado ao *ser amado*. Deutsch (1952/1977) considerou um caminho diverso de Freud e propôs que, para a menina, a forma de se voltar ao pai seria apenas pela via do castigo, como na enunciação: “quero ser castigada pelo pai”. Nessa construção, o filho seria uma compensação narcísica, tornando-se a marca da tendência masoquista da mulher (cf. Bessa, 2012, p. 113).

A formulação trazida por Rivière (1929/1994) parte do caso clínico de uma mulher talentosa intelectualmente e independente, satisfeita com o casamento e com seu convívio social. No campo profissional, gozando de uma carreira de sucesso, eventualmente escrevia e falava em público. Porém, apresentava um sintoma que lhe trazia angústia após cada exposição, por ter receio de ter falado ou ter feito algo inadequado na ocasião. Isso lhe impunha uma necessidade compulsiva de receber cumprimentos dos homens, com manifestações masculinas de aprovação e elogios, especialmente de sinais de desejo sexual, para além do reconhecimento profissional. Seu pai era uma pessoa intelectualizada e de destaque social, que ficou associada à procura ansiosa das figuras masculinas em seu sintoma. Na análise, a figura da sua mãe aparece como centro de grande rivalidade mal resolvida, mas essa mulher identificava-se ao pai, competindo também com o mesmo. Nos sonhos, o seu marido é frequentemente castrado por ela.

Joan Rivière (1929/1994) analisa que o sintoma compulsivo dessa mulher constitui uma tentativa de limitar ou conter a angústia imaginada como resultado da sua agressividade ou rivalidade dirigida aos homens (figura do pai) em suas manifestações de habilidades intelectuais. Há uma oferta sexual em seu sintoma e Rivière (1929/1994) interpreta que isso ocorre para evitar a retaliação, porque a mulher teme a vingança do pai. Ao exibir o falo (demonstração de poder), a paciente logo em seguida tinha que se mostrar castrada (expondo-se a outras necessidades e à insegurança frente aos seus feitos). Nesse sentido, Rivière (1929/1994) constata que a feminilidade pode ser assumida como uma máscara por uma mulher, dissimulando a masculinidade e evitando o retorno de uma agressividade. Ao mesmo tempo, o amor do homem pode lhe devolver a segurança e a autoestima. Assim, a paciente poderá amar-se, compensando a censura pelo desejo de castrar esse homem.

Rivière (1929/1994) conclui que a feminilidade se apresentando de forma fundamental ou superficial constitui sempre a mesma coisa. O raciocínio é o de que a mascarada é a forma de cada mulher inventar-se, de dar ao seu *parecer ser* o estatuto de ser. A máscara seria a única maneira de se chegar ao feminino, afirma Joan Rivière (1929/1994), lembrando que, por trás da máscara, o que há é somente o vazio.

Tais considerações do estudo de Rivière foram tomadas por Lacan em seus seminários⁴⁵ e seguidamente retomadas por autores lacanianos, como Serge André (1987) e Danièle Silvestre (1995). Há uma direção comum que se delineia nas discussões sobre a mascarada em Lacan e nesses autores que aponta para a mulher como necessitando de um

⁴⁵ Em especial o Seminário 5.

significante externo que a nomeie e lhe dê consistência. São razões estruturais, sinalizando a busca de ser reconhecida enquanto mulher. É na condição de mascarada que a mulher pode fingir ou parecer ter o falo, ao ser mãe, profissional, ou ter realizações diversas. Entretanto, seu temor, alerta Silvestre (1995), é o de se tornar uma prisioneira desses diversos lugares que traz para si. Essa autora defende que, antes da mulher se tornar aquela que possui ou detém determinados poderes fálicos, sua feminilidade é previamente marcada de forma invertida: não se trata de posse, mas de ser possuída. O que interessa à mulher, chegando no ensino de Lacan, é o desejo do Outro, o amor do Outro: “Enquanto, no homem, o objeto é a condição do desejo, para a mulher, o desejo do Outro é o meio para que seu gozo tenha um objeto conveniente” (Alvarenga, 2009⁴⁶).

3.5 – *O falo entre a mãe e a criança*

Sobre os poderes fálicos, Lacan (1958/1988) pontua que os fatos clínicos e a relação do sujeito ao falo apontam que a interpretação torna-se especialmente dolorosa na mulher e frente à mulher. Ele demarca quatro questões para isso, começando pelo porquê da menina se considerar castrada ou privada do falo – tal como na relação com a sua mãe – e, depois, se dirigir ao pai (empreendendo uma transferência ao pai). Em segundo lugar, o porquê da mãe ser considerada provida de falo (mãe fálica) para ambos os sexos. Num terceiro ponto, indaga como a significação da castração toma de fato seu papel na formação dos sintomas, quando se descobre que a mãe é castrada. Finalmente, como resultado dos três problemas anteriores, interroga a fase fálica – com a noção de maturação genital, o gozo masturbatório clitoridiano e a exclusão da vagina como zona de penetração genital. Lacan (1958/1999, p. 266) defende que tudo isso se relaciona com a chamada “outra cena” do inconsciente e da linguagem, com suas combinações ou jogos duplos de substituição de significantes, o falo exercendo seus efeitos de presença do significante. Isso, ele não poderia fazer de outra forma que não seja velada, em seu apagamento: “O fato de o falo ser um significante, impõe que seja no lugar do Outro que o sujeito lhe tenha acesso” (Lacan, 1958/1988, p. 270). Portanto, Lacan (1958/1988) afirma que o desenvolvimento se ordena na dialética da demanda de amor e da prova de desejo: “A demanda de amor não pode senão padecer de um desejo cujo significante

⁴⁶ Alvarenga, E. (2009). *As mulheres analistas*. Asociación Mundial de Psicoanálisis. Disponível em <http://wapol.org/Template.asp>. Consultado em 17/10/2015.

lhe é estranho. Se o desejo da mãe é o falo, a criança quer ser o falo para satisfazê-la” (p. 271).

No *Seminário 4*, um pouco antes dessa teorização, Lacan (1956-57/1995) já compreende o falo como um terceiro termo na relação entre a criança e a mãe. Nesse texto, o falo se configura como uma exigência enquanto resposta à inveja de pênis (*penisneid* feminino). Entretanto, ele permite que a criança signifique a presença e também a ausência da mãe. O falo é o objeto faltoso, o que completaria a figura materna; nesse sentido, o filho pode ser colocado como o substituto do falo faltoso. O falo também ganha a atribuição de semblante ou simulacro, constituindo-se a marca da divisão do sujeito (cf. Lacan, 1958/1988). Na relação do sujeito feminino com a sexualidade, o falo assume o lugar da falta. A mulher, para ser o falo, rejeitará uma parte essencial de sua feminilidade, em especial, os atributos na forma de mascarada. Afinal, é pelo que a mulher não é que ela quer ser desejada e amada ao mesmo tempo, podendo encontrar o significante de seu desejo no corpo daquele a quem ela endereça sua demanda de amor. O órgão, por isso, ganha status de fetiche (Lacan, 1958/1988, p. 272). No que diz respeito à homossexualidade, Lacan (1958/1988) acrescenta que a masculina ocorre conforme a marca fálica que constitui o desejo. Mas, na homossexualidade feminina, ao contrário, sua orientação está na decepção que reforça a vertente da demanda de amor. A máscara possui uma função no campo das identificações, dominando a solução das recusas da demanda. A feminilidade encontra, assim, seu refúgio na máscara, pelo recalque inerente à marca fálica do desejo. De acordo com Lacan (1958/1988) Freud já antecipara que há apenas uma única libido (a masculina), e isso provoca curiosamente a possibilidade da ostentação da virilidade parecer feminina (cf. Lacan, 1958/1988, p. 273).

É nesse sentido que Lacan (1958/1988) afirma que a mulher se encontra na posição de possuída, visto que somente assim poderá ocupar o lugar de objeto da fantasia de um homem. Ou seja, ao ser recoberta por um véu de brilho fálico pelo homem, véu que ofusca e disfarça o horror da castração, uma mulher poderá se tornar objeto amado e de fetiche para um homem. Nas palavras de André (1987): “É preciso que a mulher tenha o falo, ou antes, que dê esta ilusão, para que ela possa em seguida se apresentar como dando aquilo que não tem, e que seja assim reconhecida como mulher” (p. 279).

No *Seminário 10*, sobre a angústia, Lacan (1962-63/2005) sublinha que o corte da separação entre mãe-bebê é anterior ao desmame. Ele afirma que há a placenta como elemento irreduzível à divisão do ovo e que posiciona o bebê dentro do corpo da mãe em seu caráter de “nidação parasitária” (p. 185). O corte entre mãe e criança não é direto. A perda se dá em lugares diferentes. Lacan (1962-63/2005) considera que o seio é parte da criança,

estando do lado daquele que suga. Ele propõe a existência de dois cortes entre a mãe e o filho, pois a placenta está interposta entre os dois: “Para a criança, o corte do cordão umbilical deixa separados os envoltórios que são homogêneos a ela, contínuos com o seu ectoderma e seu endoderma. Para a mãe, o corte situa-se no nível da queda da placenta” (Lacan, 1962-63/2005, p. 185).

Com Lacan, observamos que a relação mãe-criança é tomada de forma diferente do que foi trabalhado pelos psicanalistas pós-freudianos. O desencontro sexual entre homem e mulher não impede, contudo, que dele surja uma criança enquanto resto dessa operação, seu produto. Hoje a modernidade já vislumbrou que a relação sexual não existe e que essa sexualidade fálica que detalhamos é autoerótica. Todos se satisfazem sozinhos.

3.6 – O objeto perdido, das Ding e o complexo de castração

Não há objeto de satisfação harmônico na vida ou na experiência analítica, começando pela relação entre o homem e a mulher. Mas, constatar que algo não vai bem ou não funciona na relação sujeito-objeto não é suficiente para a definição de tal relação (cf. Lacan, 1956-57/1995). Na escolha objetual freudiana, o primeiro objeto é o próprio eu substituído depois pela escolha homossexual do semelhante. Lacan (1956-57/1995) extrai os pontos cruciais da relação de falta de objeto e observa que o termo objeto é colocado por Freud sempre que surge a ambivalência de certas relações fundamentais e envolve reciprocidade, como o fato do sujeito se fazer de objeto para o outro. O que está para sempre perdido, procurado e jamais encontrado, é o que remete a um objeto primário e de ligação das primeiras satisfações do ser. É a entrada na linguagem que introduz a dimensão nostálgica inerente ao reencontro com algo tão procurado, gerando tensão ou conflito de repetição na relação sujeito-objeto (cf. Lacan, 1956-57/1995).

Lacan (1956-57/1995) argumenta que o desenvolvimento não estaria centrado na relação do sujeito ao objeto, mas centrado no verbo, no movimento (naquilo que impulsiona). Não se trata de focar nos polos, mas no movimento circular entre eles, numa reciprocidade ambivalente, “o se fazer”. E são as relações chamadas de pré-genitais, os pares “ver – ser visto”, “atacar – ser atacado”, “passivo – ativo” que seriam vividas de maneira recíproca. Haveria ao mesmo tempo identificação e dissimetria do sujeito com o parceiro envolvido na

relação. Tal reciprocidade entre sujeito e objeto pode ser chamada de “relação em espelho”, acrescenta Lacan (1956-57/1995, p. 15), afirmando que a sua teorização do estágio do espelho destaca a complexidade presente no fenômeno de reconhecimento da própria imagem por uma criança. A criança se coloca nos lugares que a mãe define, oferecendo o seu corpo. Aí corre o risco de ficar alienada do próprio corpo, sendo o seu corpo o da mãe. A defesa para isso está na indeterminação e dependência do outro, que pode se traduzir numa pergunta repetitiva: “O que o outro deseja de mim?”.

A tendência em reencontrar o objeto de satisfação suposto um dia perdido é retomada por Lacan (1959-60/2008, p. 74) por meio da expressão freudiana *das Ding* (a Coisa). Esse objeto perdido é a Coisa, enquanto Outro absoluto do sujeito. E, se está perdido para sempre, o que se trata de reproduzir ou reencontrar é um estado inicial, uma reprodução de um determinado estado de prazer. Afinal, Freud (1896/1987) assevera que não se trata de encontrar na percepção o objeto idêntico. Por isso, o juízo do ser que avalia a existência do objeto opera a distinção de uma alucinação. Esse teste de realidade “só entrará em cena quando e se os objetos, que outrora trouxeram satisfação, já tiverem sido perdidos” (Freud, 1896/1987, p. 213).

Lacan (1959-60/2008) destaca que *das Ding* se configura como elemento que, ao ser extraído da experiência do sujeito com o Outro como estranho ou hostil, torna-se índice ordenador, demarca um dentro e um fora. É um primeiro elemento de exterioridade que irá nortear o caminho a ser trilhado pelo sujeito. As representações que se originam dessa coisa que está fora-do-significado dependem de variados atributos, das diversas características do objeto e dos predicados que variam, enquanto uma parte permanece a mesma. Entre percepção e consciência o que está no nível do princípio do prazer vai se inserir. Lacan (1959-60/2008) pontua que algo se instala no lugar da Coisa, promovendo um apagamento, ao mesmo tempo em que lhe garante a existência fornecendo-lhe um significado. O que aparece com a função de organizar a “realidade muda” de *das Ding* é o significante (Lacan, 1959-60/2008, p.71-72).⁴⁷

Esse objeto perdido e que promove sua busca é a Coisa. Nos textos freudianos a Coisa seria a base da orientação do sujeito humano em direção ao objeto. Pois, o que se trata de encontrar não existe como o ser. Está perdido por natureza e jamais será reencontrado. Assim,

⁴⁷ Freud deu atenção especial a esse tema quando elaborou um esquema sobre o aparelho psíquico e suas percepções, na *Carta 52*, de dezembro de 1896 e o retoma indiretamente no artigo *O Inconsciente*, de 1915. Nessas elaborações, é entre percepção e consciência que funciona o aparelho psíquico ou aparelho de memória (y), nomeado por Freud. A representação-de-objeto é a ideia consciente que se tem do objeto e deve ser desligada da representação-de-palavra e da representação-de-coisa.

o sujeito é lançado a esse Outro e isso tem fundamental importância em sua constituição. Ressalta-se o conceito lacaniano de Outro (com O maiúsculo), com o qual Lacan (1959-60/2008) busca substituir a noção de pessoa. O psicanalista refere-se ao Outro de variadas formas. O sujeito não existe solitariamente, sendo sempre referido a um Outro. A mãe, por atender às necessidades biológicas e afetivas do bebê, torna-se a primeira a representar esse Outro. Porém, ela não é esse Outro, função da linguagem, apenas o encarna primariamente. E a força desse Outro materno, tão íntimo e absoluto, requer uma interdição para que o sujeito se distinga. A criança terá que contar com a lei simbólica para frear a absoluta proximidade e introduzir um intervalo do qual depende seu psiquismo. Tal intervalo, tomado como falta, media a exclusividade dessa relação imperativa da mãe com a criança. Como se trata do campo da linguagem é necessário que haja uma interdição simbólica (*inter-dicção*). É referido a um Outro que o sujeito permitirá a separação.

O falo é esse elemento destacado da relação da criança com a mãe, interpondo-se como imaginário e intermediando tal ligação. Como representante, ele se tornará a referência a partir da qual todos os outros objetos serão medidos (cf. Lacan, 1956-57/1995, p. 28). A relação entre mãe e filho é marcada pela operação da frustração, diferenciada por Lacan (1956-57/1995) da castração e da privação. No hiato entre a ausência e a presença da mãe, a frustração surge na criança como consequência da falta tomada por ela como privação. A frustração envolve um dano, um prejuízo imaginado, motivando a reivindicação. Algo desejado não é obtido, gerando exigências desenfreadas e sem contornos da lei. A privação, outra modalidade de falta de objeto, está no plano do real, possuindo natureza de furo, de falta real, distinta do imaginário (cf. Lacan, 1956-57/1995, p. 35). Tendo a noção de falta de objeto como conceito central, Lacan (1956-57/1995) coloca a castração como foco. É possível extrair da frustração e da privação, o terceiro termo: a castração, direcionando para a noção de lei primordial, enunciada por Freud como lei na interdição do incesto e estrutura do Édipo. O sentido inicial da castração permite se chegar à sua classificação na categoria da dívida simbólica (cf. Lacan, 1956-57/1995, p. 36).

Lacan (1956-57/1995) sustenta a necessidade do cuidado de não se confundir o falo, referente simbólico, com o pênis, o órgão real. A defesa de Lacan aqui está na diferença do termo realidade em relação ao postulado organicista, sendo que a noção de realidade está em jogo na psicanálise de forma dupla: tanto no princípio do prazer como no princípio da realidade. Não foi à toa que Freud fundou a realidade psíquica, do sujeito singular, a qual não coincide com a realidade material tal como se toma concretamente. Lacan (1956-57/1995, p. 31) chama a atenção para uma lacuna que surge com a noção de um objeto estritamente

correspondente ao desejo primário. O argumento é de que não se trata de um negativo, mas sim que a falta do objeto é a mola da relação do sujeito com o mundo.

Os três termos de referência da falta do objeto são modos de localizar a falta inerente à condição do ser falante. O que falta no nível da castração é sempre um objeto imaginário. Eis a pista para entendermos do que se trata com o falo. Em torno dessa falta é que o filho pode se inscrever para uma mulher. Por outro lado, na dialética da frustração, o objeto é real em sua natureza. A falta da qual a criança se ressentida é de um objeto real, a mãe que nem sempre está presente. Na privação, o objeto não passa de um objeto simbólico, pois se fosse real ele estaria obrigatoriamente em seu lugar. E, se o objeto não está ali, temos um objeto faltando onde seria o seu lugar: “era para ele estar ali” (Lacan, 1956-57/1995, p. 38). Portanto, essas modalidades de lidar com a falta de objeto dependem do simbólico. A castração implica em dívida na cadeia simbólica, a frustração como falta no plano imaginário ou como dano. E a privação constitui falta pura e simplesmente no real, limite ou hiância real. A elucubração sobre o real o concebe diferente do que ele é. Assim, o simbólico situa-se para o sujeito antes dele ser capaz de dizer coisas sensatas (cf. Lacan, 1956-57/1995, p. 56).

Só posteriormente à frustração e à privação, a criança tem condições de equacionar a castração na dita fase fálica, pois não se trata de uma fase de igualdade energética fundamental. O que importa aí é a única libido presente, no plano imaginário, que só tem uma representação primitiva no estágio genital: o falo. Sabemos que ele não corresponde ao órgão, que é apenas uma figuração da falta escolhida pela cultura. Lacan (1956-57/1995) aponta que a articulação fundamental de Freud foi de que a fascinação do sujeito é “por uma imagem que não passa de uma imagem que ele porta de si mesmo” (p. 52). Na dialética edípica, figura como alternativa ao sujeito ser o falo ou não sê-lo, ter ou não ter o falo. Na estrutura da metáfora, a criança parte da mãe, que é a que vai embora e retorna. Dando voz à criança, Lacan (1957-58/1999) questiona:

O que quer essa mulher aí? Eu bem que gostaria que fosse a mim que ela quer, mas está muito claro que não é só a mim que ela quer. Há outra coisa que mexe com ela – é o x, o significado. E o significado das idas e vindas da mãe é o falo (p. 181).

A relação primordial da criança é com a ausência da mãe, com o nome que fica nesse lugar, com o desejo materno. Diz ele:

a criança revela depender do desejo da mãe, da primeira simbolização da mãe como tal, e de nada mais. Através dessa simbolização, a criança desvincula sua dependência efetiva do desejo materno da pura e simples vivência dessa dependência e alguma coisa se institui, sendo subjetivada num nível primário ou

primitivo. Essa subjetivação consiste, simplesmente, em instaurar a mãe como aquele ser primordial que pode ou não estar presente. No desejo da criança, em seu desejo próprio, esse ser é essencial. O que deseja o sujeito? Não se trata da simples apetência das atenções, do contato ou da presença da mãe, mas da apetência do seu desejo (LACAN, 1957-1958/1999, p. 188).

Para Lacan (1957-58/1999), a mãe depende da ordem simbólica. A mãe é chamada quando está ausente e é afastada ou repelida quando presente, para poder ser chamada. Só assim é possível aceder ao objeto do seu desejo, o falo. O falo e a castração permanecem como norteadores nas articulações de Lacan, que destaca a função do nó do complexo de castração. A partir dele, o inconsciente do sujeito se instala. Enquanto um nó, o complexo de castração é estruturador dos sintomas e permite a instalação do inconsciente. Mas, igualmente é fundamental para uma relação com um parceiro que o sujeito consiga acolher uma criança que tenha sido concebida. O complexo de castração também possibilita que o sujeito ocupe o lugar de pai ou mãe e acolha a criança em seu desamparo e em suas implicações. A mãe, por ser suposta plena, funciona como lei caprichosa e onipotente, visto que responde ao bebê no momento em que ela decide, pelo fato de também ser marcada pela linguagem, ser falante. E o desejo da mãe está além, em outro lugar (cf. Lacan, 1957-1958/1999, p. 195).

Para o sujeito apreender a privação é necessário que ele consiga simbolizar o real. Dessa forma, Lacan (1956-57/1995) nos direciona para a questão de como a frustração introduz a ordem simbólica, demarcando que não seria o próprio sujeito capaz de fazer isso sozinho. Há sempre na mãe, ao lado da criança, a exigência do falo. Falo que a criança simboliza ou realiza mais ou menos. Pois, para a mãe, a criança está longe de ser apenas uma criança, também é o falo que representa “o que falta ou pode vir a faltar”. Nessa relação primitiva da criança com sua mãe, certas coisas só ocorrem se já se encontra instaurado o campo simbólico. A frustração, assim, não é recusa simples de um objeto de satisfação. Isso quer dizer que a satisfação de uma necessidade e o dom implicam todo o ciclo da troca, onde o sujeito se coloca primitivamente. Representando um mais além da relação objetual, o dom só pode surgir enquanto simbólico. Ele implica a ordem de troca em que a criança ingressou, desde o primeiro tempo da palavra no apelo (cf. Lacan, 1956-57/1995, p. 183-185).

Enfim, podemos considerar que a castração, a privação e a frustração são formas ou intervenções da função paterna. O pai não tem aí lugar de objeto real, nem ideal. Ele é aquilo que é nomeado pelo desejo da mãe. Surge no lugar do significante do desejo materno. Trata-se de uma substituição metafórica (cf. Lacan, 1956-57/1995, p. 176).

3.7 – *Metáfora paterna e declínio do pai*

A mãe representa o Outro absoluto e, ao mesmo tempo, está no lugar do objeto primordial para a criança, presentificando um gozo perdido para sempre, tão logo essa última dá entrada ao mundo da linguagem. Lacan (1957-58/1999) nomeia de etapa fálica primitiva esse momento em que a criança se identifica com o objeto que satisfaz a mãe; momento de ser o falo para agradar à mãe. Esse contexto remete à chamada “dialética intersubjetiva do engodo” (1957-58/1999) Nessa dialética, a função simbólica do pai deve vir como lei para barrar essa ordem descontrolada do supereu materno, que se impõe onde a criança busca satisfazer seu “desejo de falo”. Importante esclarecer aqui não se tratar necessariamente da relação da mãe com um pai parceiro, mas sim de qual é a relação da mãe com a palavra de um pai que ela porta. Interessa-nos qual pai essa mãe assimilou e evoca. É a mãe que abre um lugar e instaura a palavra do pai para a criança. O pai se funda como lei mediadora da lei caprichosa e sem limite suposta pela criança na mãe (cf. Lacan, 1957-58/1999, p. 167).

Nesse sentido, o pai será interditor tanto para a criança quanto para sua mãe, e privador para a mãe, impedindo que seu produto (a criança) seja reintegrado pela mãe. A criança que um dia esteve colada à mãe não mais assim deve permanecer. Lacan (1956-57/1995, p. 230) sustenta a hipótese de que a mãe conserva o dito *penisneid* (*inveja do pênis*), a criança vindo a preenchê-la ou não. A criança pode se identificar com o falo ou apresentar-se como portadora de falo.

Para a psicanálise, o regime libidinal comandado pelo falo é não-todo diante de sua suposta universalidade. O homem pode localizar seu gozo, mas a mulher lidará sempre com um gozo opaco, indizível. Quando falamos que a mulher não existe (a, artigo definido), consideramos que, para o sexo feminino, o seu lugar envolve uma deslocalização. Há certa indefinição onde começa e onde termina. Por ser sempre carente de um significante que a defina, a maternidade pode se constituir para a mulher uma oportunidade de fechar a operação, apaziguando essa errância.

Lacan (1954-55/1985) explica que seu ponto de partida é o falo. Ou seja, é de um significante que ocupa um lugar no discurso do Outro que se pode iniciar. Essa discussão nos remete à afirmação freudiana, agora também de Lacan, de que há embaraço fundamental nas questões relativas ao sexo, à reprodução e às diferenças sexuais. Não havendo “assimilação” para a diferença sexual, o falo pode ser prevalente tanto para um como para outro sexo. A

convergência a que chegamos é a da não complementaridade entre os sexos no inconsciente, permanecendo o hiato entre a mulher e o homem, entre a mãe e a mulher, e ainda entre a mãe e a criança.

Lacan (1957-58/1999) constata que, em sua primeira incidência sobre o vivo, a linguagem afeta o corpo e o marca. O inconsciente, a partir daí, se institui como elucubração de saber sobre essa tal marca. Portanto, o inconsciente é efeito da linguagem e a cadeia significante antecede o sujeito. Esse Outro (com maiúscula) é um lugar, sede do código e tesouro dos significantes, dos elementos discretos da língua e que são sempre diferentes (cf. Lacan, (1957-58/1999)). Nessa ilusão, a produção de sentidos e a imaginarização de uma identidade entre os significantes sustenta a crença de que haveria relação sexual entre duas unidades reprodutivas (homem e mulher). Embora a sexualidade humana não seja definida pela reprodução, temos um corpo, um organismo vivo e sexuado, que não é recoberto completamente pela linguagem. Para o ser falante, ainda que pareça haver unidade biológica, há a divisão na esfera subjetiva. Algo permanece na ordem do biológico ou anatômico, exigindo que cada sujeito se implique com sua realidade física. Porém, a definição da diferença sexual entre homem ou mulher, na medida em que necessariamente busca ir além do biológico e das normas e condutas sociais, enfrenta essa dificuldade. Nas questões do feminino, a mulher não é redutível à fêmea da espécie. Da mesma forma, a feminilidade não se reduz à função reprodutiva, nem a criança a um encontro dos gametas. E os desafios dos tempos atuais já se apresentam nas últimas décadas com o declínio da família paternalista e da figura paterna. O apelo à ciência para fazer uma família introduziu mudanças radicais em nossa civilização, desde a forma de lidar com o desencontro entre homens e mulheres, com a pluralização do casamento para todos, bem como a emergência de novas referências para as relações com os filhos.

Lacan (1955/1998, p. 33-34) pontuara que na família a cultura pode ser transmitida, sendo nela que se dá a primeira educação e também as primeiras repressões. É no grupo familiar que ocorre a transmissão da cultura e do simbólico. A família está na cultura e tais laços familiares se originam das leis de interdição da própria cultura. Mas ele assevera que a sexualidade humana está relacionada à realidade do inconsciente, o qual também determina os atos, destino, sucesso ou fracassos de cada sujeito, independente do sexo.

3.8 – *A transmissão simbólica pela mãe, a menina e o semblante*

O contexto de se haver com a falta apresenta-se à mulher em sua existência, implicando-a nos limites de significação para o seu sexo. A feminilidade e a maternidade estão situadas para a mulher no domínio da pulsão. E, se há um limite entre o biológico e o psíquico, sem uma redução de um registro ao outro, há o limite entre ser mãe e ser mulher. É assim que as relações tanto com o parceiro amoroso quanto com o filho ficam marcadas pela não-complementaridade e pelo desencontro.

O amor inicial que meninos e meninas dirigem à mãe é amor pela mãe suposta como não-castrada, sem falhas ou fraturas. Vamos retomar e articular nesse momento alguns pontos para entender o caminho entre a mãe não-castrada e o não-todo da mulher. A clínica da maternidade é a clínica da separação e, no caso da menina com sua mãe, ainda há uma separação que pode ficar adiada por toda a vida. Um efeito de catástrofe dessa relação poderá estender-se ao pai e às futuras escolhas de parceria amorosa, sendo reeditado ou revivido por essa mulher frente à maternidade⁴⁸.

Se a realidade sexual só pode ser abordada pela linguagem, na filiação, o que é transmitido pela linguagem é um nome ou um significante. A biologia transmite a vida e cada ser humano terá que lidar com o seu real orgânico no contexto de sua existência. Os laços familiares são constituídos pelas leis da interdição da cultura, e não pelos laços biológicos de reprodução. Lacan (1964/1998) separa a mãe da criança, retirando-as do contexto da satisfação da necessidade de alimento. Os laços são estabelecidos nessa estrutura simbólica e a diferenciação sexual é assim construída: “o que se deve fazer como homem ou mulher, o ser humano tem sempre que aprender peça por peça, do Outro” (1964/1998, p. 194). Espera-se que a criança consiga destituir a mãe desse lugar de Outro absoluto. Se o poder da mãe sobre a criança, a onipotência materna, for regulado pela mediação da função paterna, teremos a esperada operação da separação.

O percurso que fizemos nos aponta que aquilo que está em jogo na relação de engodo da mãe com seu filho é a relação da mulher com a sua falta de objeto (o falo). Lacan (1956-57/1995) concorda com Freud ao constatar que a maternidade pode atenuar para a mulher seu desejo de falo. Mas, há mais que isso. O pai interditor ou privador barra o desejo da mãe,

⁴⁸ Cf. Zalcberg, (2003). *A relação mãe e filha*. (12ª. Ed). Rio de Janeiro: Campus/Elsevier.

impedindo que a criança fique aprisionada enquanto objeto de saturação da falta da mãe. Assim, a relação da criança é com a fala, com a palavra do pai enquanto discurso que é mediado pela mãe. A ação do pai é muito mais no discurso, mais na palavra trazida pela mãe como corte do que na concretude da realidade presencial. Trata-se da mãe sair dessa posição de Outro absoluto para o lugar de Outro barrado (cf. Lacan, 1956-1957/1995).

Lacan (1956-57/1995) entende que a problemática da diferença sexual no Édipo, campo da filiação e sexuação, tem a falta fálica como possibilitadora de uma reordenação, cujo efeito é a definição da posição sexual. Visto haver um único significante para dar conta da diferenciação sexual, com a inscrição da falta fálica, o ideal paterno ganha espaço e as posições sexuais podem ser tomadas. Lacan (1956-57/1995) assinala que, para a menina, frente à falta-a-ter o falo, a saída para ela será pela máscara feminina, como discutimos no caso trazido por Joan Rivière. Ou seja, a menina utilizará de um disfarce de ser o falo (semblante), visto que não o tem:

A menina, de uma maneira geral a própria criança, pode conceber a si mesma como um equivalente do falo, manifestá-lo por seu comportamento, e viver a relação sexual sob um modo que comporta que ela mesma traga ao seu parceiro masculino seu falo. Isso se marca às vezes até nos detalhes de sua posição amorosa privilegiada, quando esta vem agarrar-se a seu parceiro, enrolar-se num certo ponto do corpo dele (LACAN, 1956-57/1995, p. 170).

A substituição do ser pelo parecer é fundamental na compreensão da noção de semblante para a sexualidade feminina. Se a sexualidade masculina se apresenta pelo ter, a feminina contará com a estratégia de ser o falo, pela via do semblante. A menina faz uma passagem quando abandona a mãe para se dirigir ao pai como objeto de amor, enfrentando muitas dificuldades e embaraços, como aponta Lacan (1957-58/1999):

A menina apresenta-se no Complexo de Édipo, inicialmente, em sua relação com a mãe, e é o fracasso dessa relação com a mãe que lhe descortina a relação com o pai, com o que depois será normatizado pela equivalência entre o pênis, que ela jamais possuirá, e o filho que ela de fato poderá ter, e que poderá dar em seu lugar (p. 288).

3.9 – *Mais além do pai e devastação feminina*

No *Seminário 17*, Lacan (1969-70/1992) reformula os três tempos do Édipo e localiza um mais além do pai. Na releitura de um caso clínico descrito por Freud, o Caso Dora, Lacan

(1969-70/1992, p. 102) reconsidera o Édipo feminino ao constatar que a posição feminina tomada pela paciente de Freud foi a de destacar a causa do desejo do seu pai. Quando o ser humano entra no mundo da linguagem, a castração se verifica como efeito do significante no real. O pai que traz a castração é um pai desejante, transmitindo ao filho a possibilidade de desejar também. Essa virada teórica de Lacan (1969-70/1992, p. 134) destaca o significante-mestre como início da castração que funda a entrada na linguagem. Não é necessário o significante Nome-do-Pai para ocorrer a castração, mas sim o significante-mestre. “O significante é o que representa um sujeito para outro significante, no qual o sujeito não está. Ali onde é representado, o sujeito está ausente. É justamente por isso que, ainda assim representado, ele se acha dividido” (cf. Lacan, 1971/2007, p.10). E no *Seminário 23*, Lacan (1975-76/2007) defende a possibilidade de se abrir mão do pai edipiano, mas com a condição de se servir dele (1975-76/2007, p.131-32).

Nessa operação real da castração, pela qual há causa de desejo, é fundado um novo tipo de laço social entre homens e mulheres. E isso faz com que possamos reendereçar a pergunta sobre a mulher:

É a pergunta – O que quer uma mulher? Uma mulher. Não é qualquer uma. Só fazer a pergunta já quer dizer que ela quer alguma coisa. Freud não disse: O que quer a mulher? Porque a mulher, nada garante que, afinal, ela queira lá o que for. Não direi que ela se acomoda a todos os casos. Ela se incomoda em todos os casos [...]. Mas, a partir do momento em que vocês fazem a pergunta ‘O que quer uma mulher?’ situam a pergunta no nível do desejo, e todos sabem que situar a pergunta no nível do desejo, para a mulher, é interrogar a histórica (LACAN, 1969-70/1992, p. 135-36).

O pai só deve permanecer como modelo da função, ele precisa inspirar em uma mulher o desejo de ter filhos. O pai não deve ser o legislador ou apenas aquele que profere a lei sobre tudo. Verificamos que Lacan vai destituindo sistematicamente o pai idealizado ou universal. Para ele, o pai torna-se a condição para que o sujeito se sustente frente à questão do gozo de uma mulher. O homem precisa fazer de uma mulher a causa de seu desejo e aí articular a paternidade.

Constatamos a virada teórica de Lacan (1969-70/1992) em relação ao pai e também em relação ao desejo materno para o gozo da mulher. Diferentemente de outras leituras que enfatizaram a figura da mãe, Lacan procurou se distanciar do Édipo fenomenológico ou mítico, colocando-o no registro da linguagem (no simbólico). Dessa forma, o pai é reduzido ao nome e a mãe ao desejo. As funções de pai e mãe são diferenciadas por Lacan (1969/2003) no texto “Nota sobre a criança”: “Da mãe, na medida em que seus cuidados trazem a marca de

um interesse particularizado, nem que seja por intermédio de suas próprias faltas. Do pai, na medida em que seu nome é o vetor de uma encarnação da Lei do desejo” (p. 369).

Isso reforça a ideia dos papéis parentais como funções simbólicas. A metáfora paterna tem a função de dividir o desejo materno: que a mãe seja também mulher, encontrando o significante do seu desejo no corpo do outro parceiro. A condição de não-todo do desejo feminino é assim mantida, ou seja, considerando que o objeto criança/bebê não seja tudo para essa mãe. Assim, a mãe pode falar ao filho, pode transmitir a palavra, nomear pela via da introdução do não. Lacan (1969/2003) também aborda isso ao alertar que se a criança fica sem a mediação paterna, ela pode ser capturada fantasmaticamente, pois “ela torna-se o objeto da mãe e não tem outra função que a de revelar a verdade desse objeto” (p.370).

Como objeto *a* (letra ‘a’ minúscula), a criança pode preencher o buraco real que vai além da satisfação fálica. Assim, a maternidade tende a possuir algo de excessivo, de não assimilável, a depender do modo como cada mulher se colocará frente ao ser mãe e como cada criança irá se posicionar no sentido de apaziguar sua mãe. Seguindo as formulações de Lacan, constatamos novamente que a maternidade não responde aos questionamentos ou aos restos enigmáticos da sexualidade feminina. A maternidade pode ser apenas uma suplência para a falta do significante que designe “A mulher”. O que situa a mulher como esse inatingível, onde o gozo sensível é vetado, um véu recobrando a coisa e o objeto como representação negativa (Lacan, 1959-60/2008).

Na relação da criança com o desejo da mãe, Lacan (1969-70/1992) ainda enfatiza um caráter de estrago ou de devastação inescapável, que se apresenta com a mãe associada a uma ameaça:

O papel da mãe é o desejo da mãe. É capital. O desejo da mãe não é algo que se possa suportar assim, que lhes seja indiferente. Carreia sempre estragos. Um grande crocodilo em cuja boca vocês estão – a mãe é isso. Não se sabe o que lhe pode dar na telha, de estalo fechar a sua bocarra. O desejo da mãe é isso (p. 118).

A devastação significa uma degradação ou dor sem limites; vem do latim e quer dizer arruinar, tornar deserto. Lacan (1973b/2003) utilizou o termo francês *ravage*, que, por sua vez, remete aos sentidos de estrago ou ruína que chega violentamente, mas também se associa ao fazer-se amar e fazer sofrer. E, na relação da menina com a mãe especialmente, essa vinculação é muito marcante, podendo ser uma verdadeira catástrofe. Pois a menina “espera mais substância da mãe que do pai” (1973b/2003). O que não quer dizer que o pai seja secundário nessa devastação (cf. Lacan, 1973b/2003, p. 465).

O arrebatamento é outro sentido comum associado à devastação feminina, igualmente ligado aos sentidos de roubo, rapto, deslumbramento ou encantamento. A devastação vai designar a mulher à mercê da vontade de gozo do Outro, quando há saída pela mascarada, que transborda e se realiza como sujeito real. A palavra substância, que Lacan (1973b/2003) coloca como algo exigido pela filha à sua mãe, tem ligação com o sentido de consistência, de base de apoio. Pois, embora a menina receba a inscrição fálica, isso não é suficiente para ter um signo de identidade enquanto mulher.

A clínica psicanalítica constata a presença da devastação como ponto de insistência trazido pelas mulheres, muitas vezes como verdadeiro impasse em suas análises. Configura ponto de real que remete a uma modalidade de obtenção de gozo. A menina se depara com a falta fálica da mãe, podendo viver sua sexualidade como um menos de identidade. Algo da mãe escapa à lei simbólica e a devastação se situa nesse campo do Outro da linguagem, da relação entre o sujeito e a mãe. A devastação apresenta uma face fálica de reivindicação, articulada ao desejo da mãe, e uma face não-toda fálica, devido ao arrebatamento do corpo, relacionado à dificuldade de simbolização do gozo não-todo fálico da mulher. Nesse sentido, as dificuldades nos relacionamentos amorosos e no exercício da maternidade tendem a se atualizar, exigindo o posicionamento e a invenção de cada mulher (cf. Brousse, 2004, p. 57-67).

No *Seminário 20*, Lacan (1972-73/2008) destaca a marca de impossibilidade de tal simbolização do ser sexuado. Como no entendimento do semblante, o “não ter o falo” do lado das mulheres é substituído por “ser o falo” na lógica atributiva do falo como significante. Dizer que as mulheres são “não-todas” é dizer que o significante se inscreve faltoso. O que não é apreensível sobre “A mulher” se apresenta tanto para os homens como para as próprias mulheres.⁴⁹ Para esse impossível de simbolizar, diversas soluções poderão ser construídas por uma mulher, como por exemplo, identificar-se ao pai:

Tornar-se uma mulher e interrogar-se sobre o que é uma mulher são duas coisas essencialmente diferentes. Eu direi mesmo mais – é porque não nos tornamos assim que nos interrogamos, e até certo ponto, interrogar-se é o contrário de tornar-se. Sua posição (de mulher) é essencialmente problemática, e até certo ponto inassimilável. Quando sua questão adquire forma sob o aspecto da histeria, é fácil para a mulher colocá-la pela via mais curta, a saber: a de identificação com o pai (LACAN, 1955-56/1985, p. 209).

⁴⁹ Acerca da psicose na mulher, Graciela Bessa (2012) propõe que o enunciado lacaniano “A mulher não existe” equivale ao enunciado “Há *Verwerfung* d’A mulher”. A autora parte do texto de Freud de 1925, *A negativa*, para concluir que não há simbolização do sexo da mulher (a significação está foracluída).

3.10 – Mulher como sintoma, masoquismo feminino e Potlatch amoroso

No *Seminário 23: o sintoma*, Lacan (1975-76/2007) assinala que a mulher pode ocupar lugar de sintoma para um homem. Por conseguinte, o homem pode ser uma aflição pior, uma devastação mesmo para a mulher, na medida em que remete à devastação do Outro primordial. A explicação para o homem poder ser devastação na vida de uma mulher, bem como o fato da mãe poder provocar grandes estragos ou prejuízos para a filha, está no lugar de Outro estrutural que a mãe ocupa para a filha: “Como não é possível ao ser falante ser homem ou mulher no sentido biológico devido à captura do corpo pelo significante, só lhe resta como solução parecer homem ou mulher, sendo o falo uma peça-chave nisso” (Bessa, 2012, p. 48).

Seguindo a formulação de Lacan no *Seminário 10*, quando um sujeito da linguagem encontra em seu parceiro algo, um traço daquilo que aliena o sujeito da relação sexual, pode-se produzir, pela via da contingência, um enlaçamento ou enodamento entre os registros real, simbólico e imaginário. A via da contingência é o caminho privilegiado para o amor, possibilitando uma parceria amorosa. Entretanto, tal enlaçamento pode ocorrer pela via da necessidade, ou seja, por algo que “não pára de se escrever”, ligada ao sintoma. E, finalmente, o enodamento pode se sustentar pela via da angústia, do “não pára de não se escrever”, denunciando a impossibilidade da relação sexual (cf. Lacan, 1962-63/2005).

Para o homem gozar do corpo de uma mulher deve haver a castração, a inscrição fálica operando. E, para a mulher, como se encontra não-toda na função fálica, há a exigência de que barre o Outro para poder assumir o lugar de mulher. A função do Nome-do-pai deve se configurar como ficção, ocupar lugar de semblante que pode ser dispensado. A mulher, dessa forma, carrega como verdade uma mentira ligada ao pai. E, ainda que um pai possa transmitir uma marca, uma cifra de gozo, ele não consegue evitar que a pulsão na mulher fique à deriva (cf. Lacan, 1962-63/2005).

A saída para o sujeito feminino é captar a posição de objeto para o Outro no fantasma e poder nomeá-lo. Para que isso ocorra é fundamental que esse sujeito tenha tido acesso à falta da mãe, acesso à forma como sua mãe nomeia sua relação ao falo. Veremos que esse ponto é de importância fundamental para a discussão dos achados de nossa pesquisa envolvendo as pacientes e profissionais da medicina reprodutiva. De quais formas as mulheres se colocam nos tratamentos médicos buscando a gravidez e como os profissionais e

especialistas lidam com essas demandas e posições subjetivas, visto que igualmente são seres falantes e atravessados pelo indizível feminino?

Vários psicanalistas se colocaram em desacordo com as premissas de que haveria um masoquismo fundamental na feminilidade. No *Seminário 11*, Lacan (1964/1979) situa o masoquismo como um véu encobridor e amplia o campo de discussão do feminino, ao considerar o masoquismo como uma fantasia masculina:

Ele [o masoquismo feminino] faz parte desse diálogo que podemos definir, em muitos pontos, como uma fantasia masculina. Muitas coisas deixam pensar que, para sustentá-lo, é cumplicidade de nossa parte... É notável ver que as representantes desse sexo no círculo analítico são especialmente dispostas a entreterem o crédito basal ao masoquismo feminino. Sem dúvida que aí talvez haja um véu que convém não levantar depressa demais, concernente aos interesses do sexo (p. 182).

Com o raciocínio de vários psicanalistas nos perguntamos: por que convém às mulheres manter a crença de que seriam masoquistas? As concessões que uma mulher pode fazer para um homem são imensas. Como vimos, nesse caminho, a posição de masoquista mascarada pode se constituir como uma saída ou solução ao feminino frente ao impossível de representar falicamente em seu corpo. O homem se inscreve, por sua vez, valendo-se da fantasia que coloca a mulher na condição de objeto causa-de-desejo (de seu desejo, de forma mais precisa). A mulher, do seu lado, vai ocupar a condição de mascarada. Lacan (1958/1998) afirma que o fato de ter uma saída pela máscara não quer dizer que haja resposta à feminilidade com as máscaras, visto que não haveria feminilidade verdadeira. Há um mais além da mascarada, ligado ao acesso a um gozo suplementar, ou seja, um gozo não regulado pela pulsão parcial nem pelo falo. Dessa forma, a mulher tentaria ser a mulher de um homem. E, nessa busca por mascarar a inexistência d'A mulher, ela abre espaço via sujeição para ser devastada pelo amor. Lacan (1958/1998) verifica que se a mulher consente em fazer semblante de objeto causa-de-desejo, ainda que numa condição humilhante, esse homem pode servir “aqui de conector para que a mulher se torne esse Outro para ela mesma, como o é para ele” (p. 741).

A mulher pode se colocar estrategicamente como a mascarada fálica ou mascarada masoquista. A devastação implica em algo que resta no corpo e em um fracasso do semblante que permite a construção da máscara. As mulheres teriam a disposição de abrir mão de seu ter para tentar fazer-se no campo do Outro. As mulheres seriam capazes de qualquer concessão em nome do amor de um homem, na busca por fabricar-se, por dar nome ao seu ser mulher. E isso valeria também para outras relações e buscas, como na da mãe-filho, ou na relação da

mulher com uma causa (Bessa, 2012). Assim, mais uma vez, a devastação pode se fazer reconhecer aí.

Uma contribuição valiosa de Éric Laurent (1999) para essa discussão tem a ver com a associação entre as ideias lacanianas e a descrição de Marcel Mauss da prática do *Potlatch*. Nessa articulação, o *Potlatch* tem a ver com uma compulsão para o prestígio para além do acúmulo de bens materiais. Nessa prática, o que se busca entre os competidores é a destruição dos bens, visto que quanto mais destruição maior o prestígio. Trata-se de uma prática de poder, onde o reconhecimento e prestígio vem com a dimensão da privação. Laurent (1999) fala de um *Potlatch* amoroso para a mulher que, já sendo castrada (privada de pênis), pode encontrar na privação um caminho para dar consistência ao seu ser feminino, sem, contudo, configurar-se como masoquismo. Nesse caso, a satisfação pela privação envolveria uma subtração do ter para poder ser. Isso só é possível às mulheres.

Lembrando os três destinos possíveis para a mulher em Freud, o da masculinidade (homossexualidade), da inibição sexual ou o da maternidade, foi possível localizar com Lacan outras posições para a mulher, por exemplo: a mulher como falo, a mulher toda-mãe, a mulher que captura fantasmaticamente a criança como seu objeto, a mulher devastada pelo amor, a mulher devastada pela privação, a mascarada fálica, a mascarada masoquista, a mulher que se serve do seu gozo suplementar (gozo indizível), e a mulher que escolhe o homem para repetir em sua vida a devastação primordial. Uma afirmação convergente que encontramos é que “a mulher sempre foi e será não-toda”!

3.11 – O imperativo contemporâneo de ser mãe, parentalidade e o impossível da maternidade

A clínica da maternidade é a clínica da separação, onde a criança é apreendida como objeto a ser encontrado ou a ser reconhecido. A criança é ainda colocada como objeto que causa, que perturba o desejo da mãe. A afirmação do desejo “uma criança quando eu quiser e como eu quiser” pode aparecer na forma de um imperativo feroz abrindo para as mulheres o vazio da culpa pelo fato de não serem a mãe perfeita que elas deveriam ser, e frequentemente sofrem de não serem “uma boa mãe”.

As indagações recaem sobre a relação específica de uma mulher com o filho, este tomado desde a sua prévia existência enquanto criança real. A constituição psíquica de um bebê, que é potencial ser falante e de desejo, não possui garantias, passando pelo risco permanente da saída por um amor sem limites ou mortífero que uma mulher enquanto mãe pode representar. Nesse sentido, retomamos a pergunta de quais seriam os lugares possíveis a serem ocupados por uma criança na economia psíquica de uma mulher? Se não há significação para seu ser sexuado, e não há elemento que nomeie o feminino, a busca pela maternidade que se faz insistente e muitas vezes desmedida à ciência pode se inserir em quais outras posições para essas mulheres? A gravidez descolada do nascimento de uma criança, tomada apenas em seu contexto de experiência de corpo, pode vir a ocupar lugar de gozo ou apaziguar certas devastações na vida de uma mulher? Enfim, as questões promovem a articulação de argumentos, exigindo que determinados estudos e experiências sejam revistos e ressignificados, demonstrando de forma viva, tal qual Freud observou lá no início da teorização sexual infantil, que as interrogações sobre a própria origem movem o mundo e a vida do ser falante.

A idealização da maternidade que se propagou dentro do modelo de família patriarcal, seguindo as normas econômicas e de saúde desde os séculos XVII e XVIII passou por mudanças. Com o declínio da hierarquia familiar estruturada em torno do pai, mãe e filhos em união heterossexual, convivemos no contemporâneo com arranjos paralelos e diferenciados. As novas parcerias afetivas tem exigido a abertura de possibilidades de composição, colocando lado a lado a liberdade de expressão e de escolhas sexuais com os valores tradicionais. Pela medicina reprodutiva, estamos presenciando uma progressiva emancipação da gravidez, não necessariamente enlaçada com o desejo de filho e independente do ato sexual⁵⁰. A própria manipulação dos gametas ainda amplia o horizonte dos experimentos futuros. Isso vem implicando no afrouxamento e até na dissolução de certas características das posições tradicionais das figuras parentais, seja em relação à autoridade ou aos cuidados em geral com a criança.

Por um lado, se os valores e princípios que idealizavam a maternidade sofreram mudanças e alguns até caíram, por outro lado, com o advento da oferta da ciência que supera dificuldades ditas naturais para se chegar ao filho, a maternidade nunca foi tão buscada. O discurso da ciência imprime uma pressa ao desejo que se transmuta em demanda exigente. Os especialistas alertam que o relógio biológico da mulher está discordante com seu desejo de

⁵⁰ Por exemplo, os casos de mulheres virgens grávidas via Fertilização in Vitro no Reino Unido. Daily Journal. www.dailymail.co.uk/ushime/index.htm. Consultado em 27/09/2015.

independência total ou de carreiras profissionais de alta *performance*. O aviso é de que ainda não há como prescindir do corpo, e que aquele desejo controlado de ter um filho quando, como e onde ela quiser pode não se realizar. Mas, num movimento contrário, surge a ampliação da idade da mulher para iniciar e manter os tratamentos de reprodução assistida, o que facilita e corrobora a fantasia de que com a ajuda da ciência ela poderá controlar sempre a sua fertilidade⁵¹. Tal combinação da mídia com a eficácia da técnica, com as tentativas do Direito de acompanhar e legislar os procedimentos, além da indústria do consumo (indústria da maternidade e do bebê) configura uma verdadeira chamada ao desafio (manobra sedutora e frequente também na mídia de marketing). “Você não vai tentar?” torna-se a questão que convida ao desafio ou empreitada. Ou seja, é a oferta ao alcance de todos de um grande e valioso produto: o bebê. Inclusive, os termos *tentantes* e *fivetes* começaram a aparecer há alguns anos nas redes sociais, como espaço para testemunhos e troca de informações entre as mulheres que buscam a maternidade, seja com métodos naturais⁵² no primeiro caso, seja via Fertilização *in vitro* no segundo. No caso das fivetes, o termo alude à sigla derivada da técnica de Fertilização *in vitro* (FIV) mais a Transferência embrionária (TE) que se segue ao procedimento (FIVeTE).⁵³

Enfim, os imperativos no contexto social imprimem transformação radical e irreversível às diretrizes ou hierarquias parentais, aos papéis sexuais e à relação pais-mães-filhos, trazendo a noção de parentalidade no discurso corrente. Assim como a ciência inaugura a maternidade para todos, a paternidade também se coloca como uma condição a ser desejada e alcançada, favorecendo aos casais homossexuais masculinos contratarem serviços de mães portadoras (útero de substituição) ou de mães genéticas (óvulo). As possibilidades se ampliam em cada parte do mundo, desafiando o Direito, criando impasses legais pela novidade, mas também pelos conflitos nas posições subjetivas dos sujeitos envolvidos nas muitas situações para as quais não se tem precedentes. Nessa perspectiva, o termo parentalidade tem sido usado cada vez mais para designar os responsáveis por uma criança, independente de se tratar de ser a mãe ou o pai, ou se são duas mães ou dois pais nas novas configurações familiares. Com isso, o caráter de função para a mãe e para o pai se coloca e ambos os papéis tendem a se apresentar mais afrouxados ou nivelados em termos de autoridade. Tal função se instaura com

⁵¹ Conforme a recomendação do Conselho Federal de Medicina no Brasil, a CFM 2121/2015, na qual a idade da mulher para se submeter às técnicas é ampliada para 50 anos ou mais.

⁵² www.diariodeumatentante.S2.blogspot.com/ de 25/09/2013, revisto em 09/11/2015.

⁵³ Leia-se a resposta para a pergunta: *O que é ser fivete?*: “É querer estar ‘grávidos’ e descobrir que você só engravidará com tratamento de FIV – Fertilização In Vitro, e virar de uma vez uma ‘FIVETE’ e só se reproduzir em laboratório... É esquecermos por alguns dias, meses, da palavra sexo... O que é isso mesmo? Rsrrsrs”. www.guiadomilagredavida.blogspot.com/.../o-que-e-ser-uma-fivete (28/09/12).

a presença da criança, ou seja, a família agora se constituindo a partir da existência do filho, e não do casamento, como outrora.

Uma das aspirações modernas tem sido o desejo de libertar-se ou de não mais se sentir refém do próprio corpo, pontua Christiani Alberti (2014). Nessa perspectiva de desligamento do próprio corpo e de seus efeitos para a experiência da maternidade, temos as outras faces que abordamos, como o que tem surgido na clínica e na mídia: situações tanto de uma maternidade exigida como buscada compulsivamente. Entretanto, também estamos observando a outra margem, a da negação ou recusa de uma gravidez, chegando à forclusão da criança recém-nascida. Enquanto de um lado há uma hipervalorização de elementos corporais ou simbólicos ligados à gravidez, nos casos da negação ou recusa, os sinais e mudanças no comportamento são implícitos e não se conectam com a possibilidade da existência de uma gestação, podendo sinalizar um não-lugar para a subjetivação tanto da gravidez quanto da criança. Assim como a gravidez, o filho pode chegar a ser negado (forcluído) pela mulher. Aquelas antigas e tradicionais sensações pertencentes ao leque infalível do saber popular acerca de uma gravidez dão lugar para essas mulheres à expressão de um não-saber sobre si e sobre seu próprio corpo. Pode ocorrer nesses casos de negação ou recusa da gravidez algo que alude a um desligamento da realidade biológica em processo, com as percepções acerca do próprio corpo não integrando de forma alguma a presença de um bebê, como nos exemplos antigos ou recentes na França⁵⁴: “na recusa da gravidez, o significante da maternidade pode ter se tornado um significante qualquer e não um significante desses privilegiados do ser mulher, do ser mãe” (Biagi-Chai, 2014, p. 168).

No imperativo da gravidez, mais encontrado na medicina reprodutiva, o desejo do filho se impõe, hipervalorizando a criança enquanto objeto de valor e de consumo. As mudanças corporais da mulher são exaltadas, minimizando a perda da boa forma, os desgastes físicos e psíquicos, ou o surgimento de sintomas gerais de desconforto e ameaça à saúde, tudo em prol da realização de um sonho ou projeto idealizado e compartilhado. Igualmente observamos na clínica da medicina reprodutiva que as dificuldades ou transformações corporais entram nessa rede embalada pelo ideal exigente e até necessário de ser mãe. O que tende a ser exaltado negativamente é o sofrimento durante o processo de busca, enquanto o objetivo não é alcançado. Isso só faz aumentar o valor da criança.

Em alguns casos, o extremo inverso da recusa da gravidez referida acima pode ser encontrado nos casos de gravidez psicológica. Um exemplo brasileiro ocorreu em 2014 no

⁵⁴ Cf os casos de Catherine Ozanne e Véronique Courjault citados por Francesca Biagi-Chai (2014)..

estado do Acre, onde uma mulher de 21 anos descobriu estar com gravidez psicológica (pseudociese como nomeada pelos especialistas). Ela descobre somente após passar por uma ultrassonografia. Casada e já tendo sofrido dois abortos espontâneos, ela procurou o serviço médico por não ter entrado em trabalho de parto no período em que acreditava plenamente estar no nono mês de gestação⁵⁵.

Em 2013, uma situação se apresentou mais dramática ainda, envolvendo os profissionais de saúde de um hospital do litoral do estado do Rio de Janeiro, no qual uma mulher de 37 anos chegou a ser operada e, durante a cesariana, o médico constatou que o útero estava vazio: “Ela já estava com o pré-natal feito e indicando que estava no limite para a realização do parto, já passando da hora”, justificou-se um dos médicos. Como não ouviram o batimento fetal, resolveram que não daria tempo de pedir uma ultrassonografia: “O neném poderia entrar em sofrimento. Feita a cirurgia, foi grande a surpresa de não se encontrar o feto”, disse a diretora do “Hospital da Mulher” da cidade de Cabo Frio⁵⁶. Foi constatado que essa mulher não compareceu ao pré-natal, embora tivesse conseguido uma caderneta de gestante com uma enfermeira em sua região, além de não ter passado por exames de imagem. O hospital informou que a paciente foi encaminhada para tratamento psiquiátrico no município de sua residência. Nada foi comentado sobre os abortos sofridos por ela antes dessa gravidez psicológica.

O sem limites da maternidade está costurado com os embarços das mulheres frente ao seu próprio gozo feminino, que as faz girarem em torno de um vazio que é real, indizível. Lacan (1974-75) apresenta no seminário RSI a expressão “nomear para”, que parece conter a função do pai em sua operação que incide sobre o desejo materno. E isso é fundamental para que a mãe nomeie o filho para algo.

Conforme destaca Marie-Helene Brousse (2015)⁵⁷, as transformações das relações trouxeram consequências para a figura da mãe. Na Roma antiga, não havia diferença para as famílias entre gerar ou adotar crianças. A mãe é uma ficção, aproxima-se do semblante e do impossível, e a mãe racionaliza a não existência da relação sexual. A mãe foi inventada como objeto proibido, trazendo a interdição e seu valor de lei. Isso transformou a mãe em objeto perdido e lamentado (cf. Lacan, 1972-73/2008).

⁵⁵ <http://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2014/04/no-interior-jovem-descobre-que-nao-estava-gravida> Consultado em 16/04/2014.

⁵⁶ <http://g1.globo.com/rj/regiao-dos-lagos/noticia/2013/12/gravidez-psicologica-e-descoberta-durante-cesariana> consultado em 07/11/2015.

⁵⁷ Brousse M.- H. O que quer a mãe hoje? Sintomas contemporâneos da maternidade. Disponível em: <<http://minascomlacan.com.br/blog/quereres>. Acesso em 17/10/2015.

De acordo com Brousse (2015), a mãe transforma, fala e na palavra ela encarna o Outro e lhe dá voz. E se o pai está desaparecendo, pulverizando-se, é a mãe que nomeará. Os avanços da ciência transformaram o discurso anterior, onde pais eram homens e mães eram mulheres. Embora as mudanças sejam surpreendentes, a mãe é também uma mulher, e, nesse sentido, menos frágil simbolicamente que o pai, pois está muito mais perto do real pela sua condição de portar o indizível. Hoje o pai real e a mãe real tornaram-se gônadas e gametas. A função do Nome-do-pai está ligada à ordem ancestral e tem a função de nomear para. E, se antes o pai possuía o privilégio de nomear, ao declinar e tender ao desaparecimento em nosso contemporâneo, será a mãe que nomeará ao menos com alguma marca. Assim, é a mãe que transmite o nome ao filho pela via do não. Brousse (2015) destaca, ainda, que Lacan diferenciou dois tipos de não a serem transmitidos: 1) o não proposicional (das proposições lógicas – oposição da função de castração significa que há um que é a exceção/o pai); e 2) o não da interdição (“Não, você não vai fazer isso! Pare agora!”)⁵⁸.

A maternidade, enfim, tem se configurado um imperativo, igualmente por poder funcionar como modo de defesa contra o enigma do gozo feminino. Esse gozo que fascina homens e mulheres, mas que dá medo. As mulheres estão correndo para a maternidade para possivelmente escapar “definitivamente” do que é ser mulher. Ao se tornar mãe, não se torna mulher, mas uma fêmea, alerta Brousse (2015). A feminilidade não vem pela via da maternidade. A feminilidade corporal se configura sempre como enigma para meninas e meninos. E as mulheres tendem a ter dificuldade em fazer face ao enigma de seu gozo corporal. Ser mãe é uma construção e, tal qual o modo de cada uma lidar com seu enigma, será o resultado em sua posição materna frente à criança e à sua nomeação.

Pois bem, a pesquisa e os estudos teóricos nos apresentaram unidades de sentido que destacam o modo de lidar de cada sujeito com o indizível do feminino e do ser mãe. Seguindo nosso objetivo, contamos agora com mais elementos para discutir os resultados de nossa investigação com as mulheres da PGR e o TLC, conjugando com as articulações sobre o enigma vinculado ao ser mulher e ao ser mãe que desenvolvemos neste capítulo. Os efeitos do trabalho de vários⁵⁹ profissionais de saúde incidem igualmente na forma como essa assistência em saúde chega para cada uma dessas mulheres que recorrem à ciência na busca pela maternidade.

⁵⁸ Conferência de Marie Helene Brousse, proferida na Jornada da EBP “O que quer a mãe hoje?” em Belo Horizonte, em 31/10/2015. Inédita.

⁵⁹ Incluindo o que chamamos de “prática entre vários”. Cf. Bastos & Freire., 2005. A prática entre vários: princípios e aplicação da psicanálise, p. 93-109.

CONCLUSÃO

Com a pretensão de concluir, a prática clínica se mantém como elemento central de nossa investigação e nos auxilia a eleger os elementos para finalizarmos as discussões realizadas nesta tese.

O trabalho vigente da psicologia desde 2004 no Laboratório de medicina reprodutiva do HC/UFMG teve início a partir de um convite de aprendermos juntos com os impasses experimentados e compartilhados pelas mulheres e casais atendidos nessa especialidade. Um desses impasses veio no relato do ocorrido com uma paciente⁶⁰ de 38 anos, que, após o fracasso de uma segunda tentativa de FIV, enquanto andava pelo parque contíguo ao hospital, atacou uma grávida que passava pelo local. Tal encontro com o que pareceu ser um real insuportável para essa paciente se dá após ela ter saído da consulta e tomar conhecimento de nova perda em seu projeto de gravidez. A equipe se angustiou com a situação, ao lidar com uma paciente que é reconduzida à instituição em completa *urgência subjetiva*⁶¹. Quando a angústia ocorre, o sujeito é tomado de surpresa, e o contexto envolve uma situação para a qual ele não teria como se preparar. E, desde então, a parceria se mantém *fecunda*, mas sem ignorar as imensas dificuldades e impasses subjetivos das pacientes que rateiam com a sua falta a ser.

François Ansermet (1999/2003) pontua que, curiosamente, à medida que a psiquiatria fecha suas portas à psicanálise, por outro lado, alguns serviços de medicina de ponta a estão abrindo. E, como foi possível constatar neste estudo, a parceria com a medicina reprodutiva ainda terá muito a avançar, visto que há uma insistência do sintoma dos pacientes e, ao mesmo tempo, uma insistência desmedida ou quase delirante de se completar a realidade e diluir os sintomas com a ajuda da técnica. Nas palavras de Ansermet (1999/2003):

Se os psicanalistas são considerados como tendo o hábito de tratar a loucura, eles ficam desprovidos quando é a própria realidade que se torna louca devido às intervenções técnicas da medicina contemporânea. Médicos e pacientes se encontram nesse ponto igualmente surpresos, desconcertados, às vezes, também, até espantados. O que podemos constatar hoje é que, de fato, a medicina parece tomada de vertigem face às suas próprias produções (p. 1).

Para que a presença do psicanalista na instituição não se torne paradoxal, concordamos que é na posição de *analisante* – que implica em se questionar sobre sua posição de sujeito –

⁶⁰ Cf. Fonseca, M. A. & Vorcaro, A. (2013a). Perdas de repetição – caso Vera. In *Curinga*, n. 37, 129-132. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais.

⁶¹ Cf. Seldes, 2006, p. 31-42.

que poderá manter-se curioso, poderá não virar as costas para as suas próprias repetições, as de sua equipe e até mesmo da instituição.

Ao se inserir numa instituição, cada profissional firma um contrato para exercer uma função em alguma especialidade como psicologia, psiquiatria, medicina em geral, ou outra categoria específica do seu cargo de trabalho na saúde. O psicanalista geralmente está nas instituições com esses contratos, *entre* as atribuições da função que *escolheu* e as demandas da instituição que *escolheu* integrar. Destacamos o verbo escolher de forma proposital, pois sua prática envolve uma construção cotidiana e assim será enquanto optar por ali permanecer. Cada um está inserido num debate interno e diário de como cumprir sua atribuição, aquela para a qual assumiu o cargo, e, ao mesmo tempo, terá que se deparar em sua rotina com a subjetividade dos usuários, dos colegas e a sua própria⁶². É desejável que possamos nos servir da subjetividade de forma ética nas intervenções. Tal como trabalhamos neste estudo, são contextos carregados de afetos, fantasias, expectativas, angústia ou de vazio de saber (o saber não oferece respostas aos impasses com as subjetividades). Isso exige mais delicadeza do que se imagina, pois, além do paciente e sua rede social, a própria equipe de trabalho ou toda a instituição podem ser considerados casos clínicos, na medida em que repetem ou silenciam determinados dizeres de forma sintomática (Viganó, 1999).

Constatamos, a partir deste estudo, que a atuação nessa interface com a medicina exige que formulemos um desejo em todos os dias dessa prática e o sigamos. Pois trata-se de nos colocarmos como objeto, um dispositivo que pode servir para alguma coisa na equipe e na instituição. Um “pequeno nada” que, no caso a caso, pode sustentar eticamente um lugar para o desconforto inevitável advindo dos fracassos, das falhas e rateadas dos sujeitos. A cautela se faz parceira da observação e da escuta, e esse lugar é o de não recuar da tensão que pode mobilizar uma instituição, como convite a superar a acomodação própria de seu discurso, de entrever um campo clínico que se desenha a partir de outras diretrizes. Isso implica esvaziarmos nossas expectativas.

Na interface com o trabalho de uma equipe, há certamente solidão em insistir em determinadas posições. Solidão que não se confunde com o trabalho conjunto ou com o encontro-desencontro com cada paciente e o fazer de vários⁶³ que, em geral, engendra tensões, mas, igualmente, grande satisfação. Consideramos que nossa investigação explicitou,

⁶² Cf. Fonseca, M. (2013b). Da Angústia à Escuta. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, p. 39-43. “A prática da psicanálise nas instituições: o que o Ateliê ensina”. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*.

⁶³ CF. Bastos, A., & Freire, A. (2005). A prática entre vários: princípios e aplicação da psicanálise, p. 93-109. In *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra Capa.

ainda, o elemento de aposta presente na posição decidida das pacientes e profissionais dessa clínica da medicina reprodutiva.

As interrogações permanecem no fim da tese, mas renovadas como forma de provocar movimento nessa engrenagem da assistência e girá-la, ao criar lacunas de sentido e desacomodar posições. Qual é a demanda de cada paciente? É possível a uma mulher estar pronta para ser mãe? Continuaremos a fazer bom uso da surpresa frente ao singular de cada mulher? Como lidar com o desajuste ou descompasso do sujeito que não deseja ser curado de seu sintoma, embora demande e se lamente dolorosamente pelo contrário? Considerando que não encontramos em nenhum livro, nem manual ou artigo o que devemos fazer no TLC, qual seria o lugar do médico e de cada membro da equipe nesse contato com cada paciente, especialmente nos casos onde o desejo de gravidez não parece apontar a existência de um lugar subjetivo do filho para uma mulher?

Nas tensões e deslocamentos presentes no contexto da assistência às pacientes com PGR, concluímos que os profissionais que acolhem os sujeitos femininos devem se colocar na posição de “douta ignorância”, com exercício da prudência (a insegurança assumida e controlada). A despeito do contexto de dor e luto, uma das percepções da cena subjetiva da PGR, como ponderamos antes, é que para algumas pacientes, surpreendentemente, nada falta! A rede que mantém o *desejo sempre insatisfeito* construída de forma singular para uma mulher pode estar operando por trás dessa constatação.

Pelos estudos dessa clínica, sabemos que cerca de metade dessas pacientes não procriará, independente de quaisquer técnicas empregadas. Observamos que uma dinâmica da PGR pode se estruturar na vida de várias pacientes e apresentar a repetição como horizonte de possibilidade de se alcançar “o filho”, conjugando o corpo (que em várias e frequentes situações responde favoravelmente à ocorrência de uma gravidez) e o médico/equipe (que sustenta junto à paciente o acompanhamento/desejo a cada nova tentativa de uma gravidez bem-sucedida). Entretanto, a realidade é que tudo isso pode convergir para o sofrimento e novo processo de luto pela perda gestacional. Dessa maneira é que algumas pacientes podem, de forma psíquica, ascender à *mãe*, pois o filho que não sobrevive ocupa e denuncia o próprio vazio da morte ou de algo experimentado como uma falha no corpo da mulher/*mãe*.

Concluímos que a abordagem do TLC tanto pode manter em determinadas mulheres uma dinâmica articulada de *ser mãe na perda*, quanto pode favorecer o rompimento desse circuito mortífero de repetição de perdas, inaugurando condições para que as pacientes suportem o *lugar arriscado* dessa novidade que se chama *maternidade*. O *lugar arriscado* está implícito na chegada de uma criança/filho real, é o novo que se apresenta. Sem correr

riscos, essa mulher não se autoriza a ser mãe. Caso consiga assumir, abre-se a possibilidade para a mulher se expor às exigências do *ser mãe* e seus efeitos singulares, só sabidos num *a posteriori*. A ausência de tal subjetivação pode comprometer a abertura ao advento de uma adoção, seja de um filho de uma gravidez subsequente bem-sucedida que possa lhe ocorrer, seja procedente de uma decisão legal dessa mulher de trazer um filho para sua vida.

Que o outro queira que ela consiga ter um filho configura uma expectativa observada com certa frequência em pacientes que testam continuamente seus parceiros, os outros familiares/acompanhantes e ainda seus médicos e equipes. Os outros profissionais da equipe de medicina reprodutiva entram nessa rede inevitavelmente. Isso pode fundamentar uma posição de exigência ou expectativa das mulheres em encontrar o médico e/ou toda a equipe nesse lugar inventado de “maternação” – neologismo que julgamos pertinente para traduzir essa ação direta de estar ao lado delas, ação que forneça suporte tal como uma *ancoragem* para o suposto desejo de serem mães.

Ademais, constatamos que a abordagem do TLC se compõe de um elemento subjetivo de grande importância, que impossibilita sua exata replicação. Apesar disso, pode ser nomeado de técnica por ser passível de ser aplicada. O sucesso do TLC nos parece maior ainda que os estudos baseados em evidências puderam discutir, não por seus resultados empíricos, mas porque esse suporte apresenta duas faces: uma envolve a direção das pacientes que interrompem as perdas, dando seguimento às suas vidas de forma desejante com filho ou sem filho; e a outra, que comparece no excesso de acolhimento e de humanização (a *maternação*), pode ser um componente fundamental para o acirramento do circuito das perdas que algumas pacientes sofrem, onde *o desejo de desejo insatisfeito* de um filho poderá se ancorar no desejo do Outro de forma cristalizada (a paciente que sempre perde e, por isso, sempre receberá cuidado e atenção – esta não sai da dimensão de filha).

Enfim, a mulher, mobilizada continuamente pela tarefa de se construir e se representar, faz girar uma engrenagem imensa de cuidado e de técnica ao seu redor. Saber como ocorre a operação subjetiva que favorece a tomada de posição frente à maternidade e, especialmente, frente à posição feminina, parece-nos algo que permanecerá sempre do lado de cada mulher, *uma a uma*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberti, C. (2014). *Être mère. Des femmes psychanalystes parlent de la maternité*. Paris: Navarin.
- Alvarenga, E. (2011). A ação lacaniana nas instituições. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais – *Almanaque On-line* n° 8.
- André, S. (1998). *O que quer uma mulher?* (D.D. Estrada, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1986)
- Ansermet, F. (2003). *A clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. (Dayse de Avila Seidl, trad.). Rio de Janeiro: Contra Capa. (Trabalho original publicado em 1999)
- Ansermet, F. & Magistretti, P. (2011). *Los enigmas del placer*. (V.Goldstein, trad.). Buenos Aires: Katz Editores. (Trabalho original publicado em 2010)
- Apgar, B. S., & Churgay, C. A. (1993). Spontaneous abortion. *Primary care*, 20(3), 621-627.
- Aubenque, P. (1963). *La prudence chez Aristote*. Paris: PUF.
- Bachelard, G. (1989). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris: Vrin. (Trabalho original publicado em 1938)
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado. O mito do amor materno*. (Waltensir Dutra, trad. 10ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1980)
- Bastos, A., & Freire, A. B. (2005). A prática entre vários: princípios e aplicação da psicanálise (p. 93-109). In *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Barros, M. (1989). *O guardador de águas*. São Paulo: Art Editora.
- Bauman, Z. (2004). *Amor Líquido – Sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bauman, Z. (2009). *A arte da vida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Benoit (1989). *Psicanálise e medicina – teoria e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1988)
- Bessa, G. L. P. (2012). *Feminino: um conjunto aberto ao infinito*. Belo Horizonte: Scriptum.
- Biagi-Chai, F. (2014). Du fameux déni de grossesse. In *Être Mère. Des femmes psychanalystes parlent de la maternité*. Paris: Navarin.
- Boivin, J.; Domar, A. D.; Shapiro, D. B.; Wischmann, T. H.; Fauser, B. C. & Verhaak, C. (2012). Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Human Reproduction*, 27(4), 941-950.
- Brandes, M.; Van Der Steen, J. O. M.; Bokdam, S. B.; Hamilton, C. J. C. M.; De Bruin, J. P.; Nelen, W. L. D. M. & Kremer, J. A. M. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction*, 24(12), 3127-3135.
- Brousse, M.-H. (1993). Femme ou Mère, L'Autre sexe. *Revue de l'École de la Cause Freudienne*. Paris, Diffusion Navarin Seuil, n. 24, p. 30-33.
- Brousse, M.-H. (2004). Uma dificuldade na análise das mulheres: a devastação da relação com a mãe. In Miller, J.-A. (Org.). *Ornicar – De Jacques Lacan a Lewis Carrol*, n. 1, 57-67. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 57-67.
- Brousse, M.-H. (2015). Conferência em 31/10/2015. In *XIX Jornada da Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais. O que quer a mãe hoje?* Belo Horizonte. Inédita.
- Canguilhem, G. (1995). O normal e o patológico. (Maria T. R. de Carvalho Barrocas e Luiz F. Barreto Leite, trads., 4ª.ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1943)
- Castiel, L. D. (1999). *A medida do possível. Saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Chamorro, J. (2009). *Las mujeres*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Chemama, R. (1995). *Dicionário de psicanálise*. (Sttineri, F. F., trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul. (Trabalho original publicado em 1993)

- Clavreul, J. (1983). *A Ordem médica*. São Paulo: Brasiliense. (Trabalho original publicado em 1978)
- Clifford, K. R. R & Regan, L. (1997). Future pregnancy outcome in unexplained recurrent first trimester miscarriage. *Human Reproduction*, 12, p. 387-389.
- Cruzeiro, I. K. D. C & Pereira, F. A. N. (2016). Propedêutica básica da infertilidade conjugal (p. 939-951). In Camargos, A. F.; Melo, V. H.; Reis, F. M.; Murta, E. F. C. & Silva Filho, A. L. (Eds.). *Ginecologia Ambulatorial baseada em evidências científicas* (3ª ed.). Belo Horizonte: Coopmed.
- Dancet, E. A. F.; Nelen, W. L. D. M.; Sermeus, W.; De Leeuw, L.; Kremer, J. A. M. & D'Hooghe, T. M. (2010). The patient's perspective on fertility care: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 16(5), 467-487.
- De Cusa, N. (2002). *A douta ignorância* (Vol. 148). EDIPUCRS. (Trabalho original publicado em 1440).
- Deutsch, H. (1977). *La psicología de la mujer*. Buenos Aires: Losada. (Trabalho original publicado em 1925)
- Deutsch, H. (1994). La psychologie de la femme em rapport avec ses fonctions de reproductions. In Hamon, M. C. (Org.). *Feminité mascarade*. Paris: Seuil. (Trabalho original publicado em 1924)
- Deutsch, H. (1994). L'homosexualité féminine. In Hamon, M. C. (Org.). *Feminité mascarade*. Paris: Seuil. (Trabalho original publicado em 1932)
- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient: le psychanaliste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris: PUF.
- Ferrari, I. F.; Dutra Gomes da Cruz, A.; (2011). A psicanálise aplicada ao sintoma: uma resposta ética aos impasses enfrentados pelos psicanalistas na atualidade. *Psicologia Clínica*, vol.23, n.1, 157-169.
- Figueiredo, A. C.; Nobre, L. & Vieira, M. A. (2001). Pesquisa clínica em psicanálise: a elaboração de um método (p. 11-23). In A. C. Figueiredo (Org.) *Psicanálise: Pesquisa e Clínica*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.

- Fonseca, M. A. A. & Vorcaro, A. M. R. (2013a). Perdas de repetição – caso Vera. *Curinga*, n. 37, 129-132. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais.
- Fonseca, M. A. A. (2013b). Da Angústia à Escuta. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*. “A prática da psicanálise nas instituições: o que o Ateliê ensina”, v. 1, 39-43. Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais – Edição Especial.
- Fonseca, M. A. A & Chiaretti, A. M. (2016). A abordagem dos aspectos emocionais da paciente (p. 153-160). In Camargos, A. F.; Melo, V. H; Reis, F. M.; Murta, E. F. C. & Silva Filho, A. L. (Eds). *Ginecologia Ambulatorial baseada em evidências científicas* (3ª ed.). Belo Horizonte: Coopmed.
- Foucault, M. (1988). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. (M. T. C. Albuquerque, J. C. G. Albuquerque, trad.; 13ª ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal. (Trabalho original publicado em 1976)
- Foucault, M. (2004). *O nascimento da clínica*. (Machado, R., trad.; 6ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1980)
- Francisco, M. D. F. R.; Mattar, R., Bortoletti, F. F. & Nakamura, M. U. (2014). Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. *Rev. bras. ginecol. obstet*, 36(4), 152-156.
- Franklin, S. & Johnson, M. H. (2013). Are assisted reproduction health professionals still letting down their patients? *Reproductive biomedicine online*, 5(27), 451-452.
- Freud, S. (1987). Casos clínicos. (5) Srta. Elisabeth von R. (Freud). In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol.2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893)
- Freud, S. (1987). Estudos sobre a histeria. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol.2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893-95)
- Freud, S. (1987). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol.1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)

- Freud, S. (1987). Extratos de documentos dirigidos a Fliess. Carta 52. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Salomão, J., trad., vol.1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896)
- Freud S. (1987). A sexualidade na etiologia das neuroses. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1898)
- Freud, S. (1987). A interpretação dos sonhos. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J.Salomão, trad., vol.4). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1987). Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905a)
- Freud, S. (1987). Os chistes e sua relação com o inconsciente. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J.Salomão, trad., vol.8). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905b)
- Freud, S. (1987). Sobre as teorias sexuais das crianças. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 9). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1908)
- Freud (1987). Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens (Contribuição à psicologia do amor I). In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol. 11). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910)
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In *Sigmund Freud obras completas* (Paulo César de Souza, trad., vol. 12). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1987). Os instintos e suas vicissitudes [Pulsões e seus destinos]. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915a)
- Freud, S. (1987). O inconsciente. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol.14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915b)

- Freud (1987). O tabu da virgindade (Contribuições à psicologia do amor III). In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J.Salomão, trad., vol.11). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1918)
- Freud, S. (1987). Uma criança é espancada. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1987). Organização genital infantil. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (1987). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925)
- Freud, S. (1987). Psicanálise. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1987) Mal estar na civilização. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol.21). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930)
- Freud, S. (1987). Sexualidade Feminina. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol.21). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931)
- Freud, S. (1987). Conferência 32 – Ansiedade e vida instintual. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 22). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933a)
- Freud, S. (1987). Conferência 33 – Feminilidade. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 22). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933b)
- Freud, S. (1987). Conferência 34 – Explicações, aplicações e orientações. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 22). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933c)

- Freud, S. (1987). Esboço de psicanálise. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 23). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1938)
- Garcia, C. (1997). *Clínica do social*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Gödel, K. & Lourenço, M. (1979). *O teorema de Gödel e a hipótese de contínuo*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gómez de Silva, G. (1995). *Breve diccionario etimológico de la lengua española*. Fondo de Cultura. (1ª impressão em 1988).
- Guerra, A. M. C. (2001). A lógica da clínica e a pesquisa em psicanálise: um estudo de caso. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 4(1), 85-101.
- Hanns, L. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Hollinrake, E.; Abreu, A.; Maifeld, M.; Van Voorhis, B. J. & Dokras, A. (2007). Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome. *Fertility and sterility*, 87(6), 1369-1376.
- Horney, K. (1924). On the Genesis of the castration complex in women. *The International Journal of Psychoanalysis*, 5.
- Horney, K. (1933). The denial of the vagina. *The International Journal of Psychoanalysis*, 14 (1).
- Horney, K. (1959). *Novos rumos na psicanálise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Trabalho original publicado em 1939)
- Hosseini, K. (2006). *O caçador de pipas*. (Rouanet, M.H, trad., 2ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 2003)
- Huxley, A. (1992). *Admirável mundo novo*. (V. de Oliveira e L. Vallandro, trad., 18ª ed.). São Paulo: Editora Globo. (Trabalho original publicado em 1932)

- Jauniaux, E.; Farquharson, R. G.; Christiansen, O. B. & Exalto, N. (2006). Evidence- based guidelines for the investigation and medical treatment of recurrent miscarriage. *Human Reproduction*, 21 (9), 2216-2222.
- Klein, M. (1969). *Psicanálise da criança*. (P. Civelli, trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1933)
- Klein, M. & Rivière, J. (1975). *Amor, ódio e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro/São Paulo: Imago/Edusp. (Trabalho original publicado em 1937)
- Klein, M. (1981). *Contribuições à Psicanálise*. (M. Maillet, trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1928)
- Koyré, A. (1985). *Études d'histoire de la pensée scientifique*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1973)
- Koyré, A. (1986). *Do mundo fechado ao universo infinito*. Lisboa: Gradiva. (Trabalho original proferido em 1959).
- Krettli, W. S. C.; Paiva, S. P. C.; Lage, E. M. (2016). Perda gestacional de repetição (p. 981-988). In A. F. Camargos; V. H. Melo; F. M. Reis; E. F. C. Murta; A. L. Silva Filho (Eds). *Ginecologia Ambulatorial baseada em evidências científicas*. (3ª ed.). Belo Horizonte: Coopmed.
- Lacan J. (1961-62). *Seminário: a identificação*. Lição de 07/03/1962, Inédito.
- Lacan, J. (1986). *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1953-54)
- Lacan, J. (1988a). A significação do falo. In *Escritos*. São Paulo: Editora Perspectiva, p. 261-273. (Trabalho original publicado em 1966)
- Lacan, J. (1988b). Função e campo da fala e da linguagem em Psicanálise. In *Escritos*. São Paulo: Editora Perspectiva, p. 101. (Trabalho original publicado em 1966)
- Lacan, J. (1992). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1969-70)

- Lacan, J. (1993). *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1974)
- Lacan, J. (1995). *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1956-57)
- Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1949)
- Lacan, J. (1998). Variantes do tratamento padrão. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1955 [1953])
- Lacan, J. (1998). *Complexos familiares*. Rio de Janeiro : Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1938)
- Lacan, J. (1998). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (M.D. Magno, versão brasileira, 2ª. ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1964)
- Lacan, J. (1998). Diretrizes para um Congresso sobre a sexualidade feminina. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1966)
- Lacan, J. (1999). *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original proferido em 1957-58)
- Lacan, J. (2001). *O lugar da psicanálise na medicina*. Opção Lacaniana, nº 32. (Trabalho original publicado em 1966)
- Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original proferido em 1969)
- Lacan, J. (2003). O aturdido. In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1973).
- Lacan, J. (2005). *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original proferido em 1962-63)

- Lacan, J. (2007). *O Seminário, livro 23: o sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1975-76)
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1955-56)
- Lacan, J. (2008) *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1959-60)
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original proferido em 1972-73)
- Lacan J. (2009). *O Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1971)
- Langer, M. (1981). *Maternidade e sexo: estudos psicanalíticos e psicossomáticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laurent, E. (1999). *Posiciones femininas del ser*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Laurent, E. (2000). Psicanálise e saúde mental; a prática feita por muitos. *Curinga 14*, 140-151. Belo Horizonte: EBP.
- Laurent, E. (2005). Desangustiar? *Curinga, 21*, 29-39. Belo Horizonte: EBP.
- Laurent, E. (2011). O delírio da normalidade (p. 45-56). In Loucuras, *sintomas e fantasias na vida cotidiana*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.
- Le Breton, D. (2013). *Adeus ao corpo – Antropologia e Sociedade*. (M. Appenzeller, trad.; 6ª ed.). Campinas/SP: Papirus. (Trabalho original publicado em 1999)
- Lemos, C. N. C. D.; Camargos, M. G. R. S.; Lobach, V. N. M.; Tavares, R. L. C.; Vieira, M. A. F. & Nery, S. F. (2016). Técnicas de Reprodução Assistida (p. 989-1015). In Camargos, A. F.; Melo, V. H.; Reis, F. M.; Murta, E. F. C. & Silva Filho, A. L. (Eds). *Ginecologia Ambulatorial baseada em evidências científicas*. (3ª Ed.). Belo Horizonte: Coopmed.
- Leite, M. P. S. (1998). *Lacan e o doutrinal da ciência – literalização e matematização*. Disponível em: www.marcio peter.com.br/links/ensino/letra/4_aula.pdf.

- Mack Brunswick, R. (1994). *L'analyse d'un délire de jalousie*. In Hamon, M.C. (Org.). *Féminité mascarade*. Paris: Seuil. (Trabalho original publicado em 1928)
- Mauss, M. (2003) Ensaio sobre a dádiva. In *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify (Trabalho original publicado em 1950)
- Miller, J-A. (1987). *O percurso de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Miller, J-A. (2010). *Perspectivas do Seminário 23 de Lacan – o sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Miller, J.-A. (2015). *O osso de uma análise + O inconsciente e o corpo falante*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Minayo, M.C.S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- Moulin, A. M. (2009). O corpo diante da medicina. In A. Corbin; J.-J. Courtine & G. Vigarello (Orgs.). *História do corpo: as mutações do olhar. O século XX*. (E. Ferreira Alves, trad., 3ª ed.). Petrópolis: Vozes. (Trabalho original publicado em 2006)
- Novaes, H. M. D. (1999). Incorporação e utilização de tecnologias: a boa prática médica. *Médico*, 2(7), 19-21. HC-FMUSP.
- Oliva, A. (2003). *Filosofia da Ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Oliveira, M.M. (2012). Como fazer pesquisa qualitativa. 4ª ed., Petrópolis: Vozes.
- Perelson, S. (2013). Psicanálise e medicina reprodutiva: possíveis colaborações e indesejáveis armadilhas. *Psicologia USP*, São Paulo, 24 (2), 241-262.
- Popper, K. R. (1980). *Conjecturas e refutações*. Brasília: Editora da UnB. (Trabalho original proferido em 1953 e publicado em 1957)
- Porter, T. F. & Scott, J. R. (2005). Evidence-based care of recurrent miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 19(1), 85-101.

- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2012). Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 98(5), 1103-1111.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, & Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. (2014). Role of assisted hatching in in vitro fertilization: a guideline. *Fertility and Sterility*, 102(2), 348-351.
- Quill, T. E., Arnold, R., & Back, A. L. (2009). Discussing treatment preferences with patients who want “everything”. *Annals of Internal Medicine*, 151(5), 345-349.
- Reichman, D. & Rosenwaks, Z. (2015). The difficult in vitro fertilization patient: an individualized approach. In *Seminars in reproductive medicine*, 33(2), 153-158.
- Reis, F. M. & Reis, Z. S. N. (2016). Ginecologia e obstetrícia baseada em evidências científicas (p. 1287-1293). In Camargos, A. F.; Melo, V. H.; Reis, F. M.; Murta, E. F.C.; Silva Filho, A. L. (Eds). *Ginecologia Ambulatorial baseada em evidências científicas*. (3ª ed.). Belo Horizonte: Coopmed.
- Ribeiro, G. C. (2015). Maternidade 2.0. (Relatório do Núcleo de Psicanálise e Medicina do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais) In *Curinga*, n. 40, 179-190.
- Rivière, J. (2005). A feminilidade como máscara. *Psychê*, ano 9, n. 16, 13-24. São Paulo. (Trabalho original publicado em 1929)
- Rivière J. (1994). *La feminité en tant que mascarade*. In Hamon, M. C. (Org.). *Feminité mascarade*. Paris, Seuil, p.197-213. (Trabalho original publicado em 1929)
- Sandel, M. J. (2013). *Contra a perfeição – Ética na era da engenharia genética*. (A. C. Mesquita, trad.). (Trabalho original publicado em 2007)
- Santos, B. D. S. (1996). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento. (Trabalho original publicado em 1987)
- Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo (p. 31-42). In G. Bellaga (Org.) *La urgencia generalizada – La práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

- Scott, J. R. (1994). Recurrent abortion. *Clin Obstet Gynecology*, 37, 623-773.
- Scott, K. D.; Berkowitz, G. & Klaus, M. (1999). A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(5), 1054-1059.
- Sfez, L. (1995). *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*. Paris: Seuil.
- Sigal, A. M. (2003). A psicanálise e o feminino: sua relação com as novas técnicas de fertilização assistida. *Estados gerais da psicanálise*. Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro.
- Silvestre, D. (1995). La question féminine. *La Cause Freudienne: L'Autre sexe*, n. 24.
- Soler, C. (2005). *O que Lacan dizia das mulheres*. (Ribeiro, V., trad.; Coutinho Jorge, M. A., consult.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 2003)
- Stray-Pedersen, B., & Stray-Pedersen, S. (1984). Etiological factors and subsequent reproductive performance in 195 couples with a prior history of habitual abortion. *American journal of obstetrics and gynecology*, 148(2), 140-146.
- Stray-Pedersen, B., & Stray-Pedersen, S. (1988). Recurrent abortion: the role of psychotherapy (p. 433-440). In *Early pregnancy loss*. London: Springer.
- Teixeira, A. M. R. (2012). A prudência do psicanalista (p. 63-79). In A. Martello; J. Santiago & T. C. S. Coelho (Orgs.). *De que real se trata na clínica psicanalítica? Psicanálise, ciência e discursos da ciência*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.
- Winnicott, D. W. (1982). Preocupação materna primária. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 2ª. ed. (Jane Russo, trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1956)
- Winnicott, D. W. (1982). Desenvolvimento emocional primitivo. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 2ª. ed. (Jane Russo, trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945)
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. (J. O. A. Abreu e V. Nobre, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)

- Vacquin, M. (2000). Une génération en rupture de generation (Entrevue par réalisée par Jean Pichette). In *Relations*, n. 663.
- Van Empel, I. W.; Nelen, W. L.; Hermens, R. P. & Kremer, J. A. (2008). Coming soon to your clinic: high-quality ART. *Human reproduction*, 23(6), 1242-1245.
- Verhaak, C. M.; Smeenk, J. M. J.; Evers, A. W. M.; Kremer, J. A. M.; Kraaijmaat, F. W. & Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human reproduction update*, 13(1), 27-36.
- Vieira, M. A. & Figueiredo, A. C. (2002). Psicanálise e Ciência: uma questão de método (p. 13-31). In W. Beividas (Org.). *Psicanálise, pesquisa e universidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Viganó, C. (1999). A construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga*, n. 13, 50-58. Belo Horizonte.
- Vorcaro, A. (2010). Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In F. Kyrillos Neto & J. O. Moreira (Orgs.). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. Barbacena, MG: EdUEMG.
- Zalberg, M. (2003). *A relação mãe e filha*. (12ª. Ed). Rio de Janeiro: Campus/Elsevier.
- Zegers-Hochschild, F.; Adamson, G. D.; De Mouzon, J.; Ishihara, O.; Mansour, R.; Nygren, K. & Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and sterility*, 92(5), 1520-1524.