

Os filhos da Ciência: sobre a maternidade na reprodução assistida

Melina Lólia de Angelo

Aluna do Curso Avançado de Formação Continuada em Psicologia Hospitalar: Saúde, Subjetividade e Instituição, do Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPSIC) e da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP. Rua Bartolomeu Bueno da Silva, nº 219, Cond. SP 2, Granja Vianna, Cotia, São Paulo. 06706-085. <melina_mmg@yahoo.com.br>. Tel.: 4612-0529/9634-7342

Maria Livia Tourinho Moretto

Psicóloga Supervisora da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP. Orientadora e Coordenadora do Curso Avançado de Formação Continuada em Psicologia Hospitalar: Saúde, Subjetividade e Instituição, da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP.

Mara Cristina Souza de Lucia

Diretora da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP. Coordenadora do Curso Avançado de Formação Continuada em Psicologia Hospitalar: Saúde, Subjetividade e Instituição, do (CEPSIC) e da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP. Presidente do CEPSIC.

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 39-51

Resumo

Este artigo propõe a diferença conceitual entre *ser mãe*, segundo a Biologia e *ser mãe*, para a Psicanálise. A experiência clínica com mulheres ditas inférteis, no Centro de Reprodução Assistida do ICHC-FMUSP, indica que a demanda pela gestação pode não corresponder, necessariamente, à demanda de *ser mãe*. Dessa experiência conclui-se que *ser mãe* é ocupar um lugar psíquico, ainda que a gestação possa ser crucial para a construção da função materna; que a impossibilidade de *ser mãe* pode estar relacionada com a dificuldade de *ter filhos*; e que a atenção a elementos inconscientes diminui o risco do nascimento dos filhos da Ciência.

Palavras-chave:

Tecnologia reprodutiva; Maternidade; Psicologia; Psicanálise; Infertilidade.

Este trabalho decorre dos questionamentos que se fizeram possíveis a partir da assistência psicológica de orientação psicanalítica prestada a mulheres no Centro de Reprodução Assistida (RA), na Clínica de Ginecologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A reprodução assistida consiste em técnicas para contornar a infertilidade, definida pela OMS (2008) como a ausência de gravidez ao longo de um ano de relações heterossexuais não protegidas.

O Centro é procurado por mulheres que, por uma diversidade de fatores, são consideradas mulheres inférteis, e que para se candidatarem ao Programa de Reprodução Assistida devem preencher os seguintes critérios: um ano de vida sexual ativa sem uso de anticoncepcionais e comparecimento ao Centro com parceiro.

Tendo em vista a expectativa das pacientes nas filas de espera do Centro de Reprodução Assistida e a insistência no pedido dirigido à Medicina no sentido de possibilitá-las *ser mãe*, os encaminhamentos ao psicólogo nesse Centro quase sempre se dão em função da ansiedade das pacientes por não conseguirem engravidar.

As entrevistas clínicas nos permitem acessar facilmente o sofrimento dessas mulheres quando elas se referem à impossibilidade que seus corpos lhes apresentam. Nesse sentido, desde já, vale a pena ressaltar: segundo as pacientes a impossibilidade é localizada em seus corpos.

Além disso, as entrevistas também nos apresentam dados clínicos que nos convocam a alguns questionamentos relevantes, na medida em que entendemos que, para essas pacientes, a demanda pela gestação pode não corresponder, necessariamente, à demanda de *ser mãe*.

Deve-se ressaltar que as argumentações colocadas neste artigo só se sustentam no sentido de esclarecer a diferença proposta de que: *ser mãe* do ponto de vista biológico pode não ser a mesma coisa que *ser mãe* do ponto de vista da teoria psicanalítica.

DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

A Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) denomina reprodução assistida como o “conjunto de técnicas onde uma equipe multidisciplinar tem participação estreita no acompanhamento do desenvolvimento

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 39-51

folicular, detecção e indução da postura ovular, facilitação ou mesmo realização do encontro dos gametas assim como na otimização fase lútea" (CORNEL *et al.*, 2006, p. 1).

Infertilidade conjugal, segundo os autores, é a ausência de gravidez após um ano de relações sexuais não protegidas. Esse conceito difere do que propõe a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, que entende a infertilidade como sendo a não gestação depois de dois anos de relações sexuais não protegidas (LOPES *et al.*, 2006).

Lopes *et al.* (2006) descrevem que a infertilidade primária é caracterizada pela ausência de gravidez anterior e secundária quando já houve presença de gestação no passado. As principais causas de infertilidade na mulher são obstruções e inflamações nas vias tubárias, endometriose, ovários polimicrocísticos e fatores uterinos, hormonais e imunológicos. No homem, as causas são a varicocele, infecções na obstrução canalicular, além dos fatores hormonais, imunológicos e genéticos.

A etiologia da infertilidade conjugal, de acordo com os autores citados, é demonstrada nas seguintes porcentagens: 35% de causas femininas, 35% de causas masculinas, 15% de causas combinadas nos casais, 10% de infertilidade sem causa aparente e 5% de infertilidade por fatores diversos.

As soluções em Reprodução Humana envolvem desde processos mais simples de tratamento clínico, como a correção medicamentosa de distúrbios hormonais que impedem a mulher de ovular regularmente, até o tratamento com antibióticos de doenças infecciosas que podem comprometer o sistema reprodutivo tanto do homem quanto da mulher (LOPES *et al.*, 2006).

Entre os processos complexos estão os tratamentos cirúrgicos, por exemplo: a reversão da laqueadura tubária, a reversão da vasectomia, a cirurgia de varicocele para melhorar a qualidade dos espermatozóides e, finalmente, os tratamentos chamados de reprodução assistida, como: a relação programada, inseminação artificial (IA), fertilização *in vitro* (FIV) e injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI).

A inseminação artificial consiste no depósito do sêmen ou espermatozóides diretamente no aparelho genital feminino (vagina, colo uterino ou dentro do útero) com o uso de uma cânula ou sonda. Nesta técnica, a fecundação acontece dentro do corpo da mulher, uma vez que os espermatozóides são previamente capacitados e selecionados conforme sua boa morfologia e motilidade (CORNEL *et al.*, 2006).

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 39-51

A fertilização *in vitro* (FIV), segundo o autor, é o procedimento que permite o encontro entre óvulo e espermatozóide fora do corpo da mulher. O sêmen é obtido mediante masturbação e o óvulo mediante a hiperestimulação medicamentosa dos ovários e a aspiração dos folículos ovarianos, então um ou mais pré-embriões são transferidos para o útero.

Por último, a injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI) surgiu como alternativa para a infertilidade masculina. Um espermatozóide ou espermátide é injetado diretamente no citoplasma do óvulo (CORNEL *et al.*, 2006).

Das consequências da reprodução assistida no campo das relações da mulher

As novas tecnologias reprodutivas, em geral, abrangem uma série de métodos que possibilitam a ocorrência, a interrupção e a prevenção da concepção. A pílula contraceptiva, que emergiu a partir de 1960, foi considerada um avanço para a autonomia da mulher, dissociando a reprodução da sexualidade (SPAIZO; FÉRES- CARNEIRO, 2002).

Planejar a maternidade e escolher seu melhor momento passaram a ser possibilidades até então indisponíveis.

Esse fato gerou consequências importantes na vida dos casais e no planejamento familiar. Uma delas foi que a mulher tornou-se ativa e responsável pela maternidade, uma vez que a pílula passa pelo seu corpo, segundo Chatel (1995) e Spaziro e Féres-Carneiro (2002), o que implica uma espécie de autonomia do desejo da mulher em relação ao desejo do homem, muitas vezes depositando-se na anticoncepção a confiança que o projeto de ter filhos pode ser adiado.

Pode-se dizer ainda que o que era da ordem do privado passa a ser público e assistido por pessoas que em outras condições jamais teriam acesso à sexualidade do casal. O fato é que a equipe médica começa a fazer parte da intimidade do casal e a determinar quando ocorrerão as relações sexuais.

Nas diversas possibilidades, as relações sexuais foram substituídas pela intervenção médica ou, ainda, "assistidas" por intervenções médicas, na medida em que devem ser agendadas e controladas por procedimentos e medicamentos.

A reprodução assistida e suas tecnologias recentes introduzem uma ruptura no papel feminino de procriação, possibilitando a ocorrência da gravidez

sem sexo e da fecundação fora do corpo, substituindo uma função corporal. Assim, a tecnologia reprodutiva, ao substituir algumas das funções corporais, desloca o lugar central das mulheres no processo reprodutivo (RAMIRÉZ-GÁLVEZ, 2003).

Ribeiro (2004) afirma que os métodos de reprodução assistida, especificamente a inseminação artificial e a fertilização *in vitro*, provocam mudanças na vida do casal.

Para Parseval (2008), a IA dessexualizou a procriação, pois o encontro do óvulo com o espermatozóide está na cena médica, e a FIV a descorporificou¹, uma vez que a transferência dos pré-embriões para a cavidade uterina ocorre até 120 horas depois da coleta e dos procedimentos realizados.

É evidente que essas novas propostas científicas não apenas produzem, com seus sucessos e fracassos, consequências no campo das relações sociais, como também exigem das pessoas envolvidas no processo um posicionamento que não passa despercebido ao psicanalista, posto que é mesmo na clínica psicanalítica que os reflexos desses avanços na subjetividade podem ser escutados, e nela se fazem escutar as demandas em questão (FERNANDES, 2003).

Há também uma consequência importante que abrange o próprio campo das relações entre médicos e suas pacientes ditas inférteis. Por exemplo, quando o desejo de *ser mãe/ter filhas* é enunciado na clínica médica, deposita-se na figura do médico um saber sobre o corpo e assim, segundo Tort (2001), o médico torna-se um delegado autorizado a penetrar na intimidade, pois o saber lhe confere esse poder de penetração.

A demanda dirigida ao médico para realizar o impossível, naquilo que faz da infertilidade e da esterilidade o impossível da procriação, coincide com a oferta do corpo exposto e disposto a todo tipo de intervenção. É nesse sentido que Tort (2001) se refere à somatização que está implícita nesta demanda e na oferta do corpo para intervenção, e é aí que o sujeito encontra uma “resposta” médica à sua demanda e uma intervenção nesse mesmo corpo.

No entanto, na posição de quem porta o saber sobre o impossível, os avanços da biotecnologia deslocam a figura do médico do lugar de quem questiona “onde dói?” para o lugar de quem questiona “o que desejamos?”.

¹ Tradução do autor.

Então, sublinhando a importância social do biopoder e suas atuações inclusive sobre o corpo em tratamento, pode-se dizer que uma das consequências advindas dessas mudanças é que a biotecnologia introduz o desejo e o corpo erógeno na cena médica, lá onde ela nunca esteve exatamente aparelhada para isso (MORETTO, 2005).

Se para Tort (2001) a reprodução humana é o meio pelo qual dois sujeitos dão origem a um outro, ela é também uma operação que se faz possível por meio da linguagem (que representa o desejo) e das identificações com os papéis masculino e feminino.

O corpo que é oferecido ao saber médico e submetido às suas intervenções não equivale – na cena médica – ao sujeito da palavra em sua relação com o seu desejo nem com suas identificações.

A presença do psicanalista nas Instituições de Saúde tem tornado possível a escuta da posição subjetiva das pessoas envolvidas e evidenciado alguns elementos inconscientes aí implicados. Trazê-los à tona tem sido também uma via de construção de saber no campo da interdisciplinaridade da Reprodução Assistida.

DO GESTAR, DO SER MÃE E DO TER FILHOS

Como relatado anteriormente, atendemos mulheres que estavam em tratamento de infertilidade há no mínimo um ano e que tinham como indicação para tratamento médico a técnica de IA e de FIV.

Nessas entrevistas, os resultados clínicos nos conduziram a questionamentos que estimulam a pesquisa no sentido de esclarecer a diferença, do ponto de vista psicanalítico, entre a demanda de engravidar, a demanda de *ser mãe* e, ainda, a demanda de *ter filhos*.

É mais ou menos o seguinte: se é verdade que a cada parto nasce uma criança, não é verdade que a cada parto nasce uma mãe.

É aí que a Psicanálise se diferencia (não se distancia) da Biologia, no sentido de que a maternidade para a Psicanálise é uma função simbólica, um lugar psíquico construído a partir de seres falantes (CUKIERT; PRISZKULNIK, 2002).

Ou seja, a função materna se constroi no campo das relações, onde uma pessoa ocupa esse lugar de mãe para um outro ser humano, e o inscreve (ou não) na cultura. *Ser mãe* implica sempre *ser mãe* na relação com o

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 39-51

outro. *Ser mãe* é ocupar um lugar psíquico e não é uma condição orgânica por si só, ainda que a gestação possa ser crucial para a construção do que aqui denominamos função materna.

Portanto, fica evidente também a diferença entre o que poderia ser uma mulher infértil (do ponto de vista orgânico, médico) e uma mulher que não poderia *ser mãe*, tal como acabamos de propor.

Ainda devemos incluir aí quatro diferentes possibilidades que ilustram as diferenças conceituais que podem ser levadas em conta pelos profissionais que atuam nessa área, escutando mulheres ditas inférteis. Coloquemos na primeira parte a condição orgânica e na segunda a condição subjetiva:

- a) uma mulher pode *ter filhos* (pode gestar) e pode *ser mãe* (TF – SM) – estas não frequentam o programa de RA;
- b) uma mulher pode *ter filhos* (pode gestar), mas não pode *ser mãe* (TF – NSM) – estas também não frequentam o programa de RA;
- c) uma mulher não pode *ter filhos* (não pode gestar), mas pode *ser mãe* (NTF – SM) – estas podem frequentar o programa de RA; e
- d) uma mulher não pode *ter filhos* (não pode gestar) e não pode *ser mãe* – estas podem frequentar o programa de RA.

No que diferem as duas últimas? Por onde passa a insistência nas tentativas e a impossibilidade de pensar na estratégia da adoção?

Se para a Medicina trata-se de assistir a reprodução, para nós a questão é, antes, saber: a quem mulheres assistimos; o quê, de fato, demandam, e o que a RA produz na subjetividade/corporeidade dessas mulheres?

RESULTADOS CLÍNICOS E CONCLUSÃO

Os estudos de Ribeiro (2007) revelam a crescente demanda dirigida aos Centros de Reprodução Humana e o alto índice de pacientes nas “filas de espera”. Frequentemente as pacientes chegam a esperar três anos para serem atendidas e se submetem a diversas intervenções medicamentosas. A autora ressalta ainda que o período de diagnóstico e o tratamento da infertilidade são geradores de altos índices de estresse.

As pesquisas de Ribeiro (2004) e Becker (2006) demonstram que a adoção seria uma boa estratégia alternativa para casais que se deparam com a infertilidade e que esgotaram as possibilidades de uma gestação.

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 39-51

É algo que questionamos, porque talvez seja preciso afirmar que não podemos colocar a alternativa da adoção como solução para a infertilidade (não poder *ter filhos*), porque não é. A adoção não soluciona a infertilidade. A adoção talvez seja uma alternativa enfaticamente simbólica para aquelas mulheres que não podem *ter filhos*, mas podem *ser mãe*. E não sabemos ainda se passa por aí o fato frequente que ocorre com mulheres que não conseguem engravidar, mas depois que adotam – depois que podem *ser mãe*, como num ensaio – registram essa possibilidade simbólica em seu corpo e engravidam (RIBEIRO, 2004).

Porém, não é o que mais escutamos neste Centro. A adoção não é definitivamente o que interessa às nossas pacientes. Em nossa experiência constatamos que a maioria delas insiste na gestação (que não ocorre, de forma alguma) para *ser mãe*, o que é compreensível, à primeira vista. Mas não é simples, se levarmos em conta os argumentos anteriores: *ser mãe* é uma função simbólica, a função materna é um lugar psíquico e não uma condição orgânica, podendo, inclusive, prescindir da gestação para ser exercido.

Ainda que para algumas mulheres a gestação tenha lhes permitido *ter filhos*, mas jamais tenham conseguido na relação com eles *ser mãe*, neste Centro parece que estamos diante de pacientes para quem *ser mãe* é, necessariamente, gerar, e é nisso que elas insistem, na gestação, porque para elas a maternidade só é possível pela via exclusiva do corpo, nunca da linguagem.

Um pequeno recorte discursivo de uma das pacientes facilita a consistência dos argumentos e ilustra o problema em pauta.

Ana² tem 34 anos, o diagnóstico médico é de infertilidade sem causa aparente e faz tratamento há cinco anos, insistindo numa gravidez que não ocorreu, ainda! Chegou para a entrevista imediatamente após ter recebido, mais uma vez, a notícia de que não estava grávida, por meio de ultrassonografia.

Ao ser convidada a falar, refere que tem muitos afilhados, mas nenhum filho, e ressalta que é a única da casa que não pode ter filhos. E complementa, com convicção: “Desde nova eu tinha uma certeza inconsciente que não poderia *ser mãe*, eu já sabia disso. Eu sempre soube disso” (sic).

² Nome fictício.

Diz que há dez anos tem relacionamentos sexuais sem métodos contraceptivos e nunca engravidou. Teve mais de um parceiro e, para ela, isso reafirma sua certeza. Relata que desde sua primeira relação sexual algo se repete: “Todo o sêmen que entra dentro de mim, volta. Dentro de mim nada fica, tudo volta, sai. O problema está comigo”(sic).

Acredita que só poderia *ser mãe* se Deus dissesse que ela poderia. Mas, tanto ela como sua amiga, quando mais novas, foram muito “porra-louca” (sic) e hipotetiza que talvez o *não ter filho* hoje seja um castigo. Continua: “Até que eu gostaria de cuidar do que é meu, um filho, mas dentro de mim nada fica. Não sou eu que não quero, os médicos é que dizem que eu não posso, por enquanto, e eu vou continuar tentando, afinal estou no melhor lugar do País” (sic).

Ana é uma mulher infértil, que não pode *ter filhos*, e a Medicina atesta isso. Mas Ana também é uma mulher que *não pode ser mãe*, e isso quem atesta é ela mesma – claro, quando se pode escutá-la.

A RA tem sido um fracasso, mas ela (e a equipe) continua tentando, sem cansaço, porque não deixa de ser interessante estar no melhor lugar do país fazendo tratamento para a infertilidade, sem sucesso, e com isso ter o aval da Medicina para confirmar sua antiga “certeza inconsciente”(sic) de que não pode *ser mãe*.

Mas o quê mais poderia Ana fazer para justificar suas “certezas inconscientes”? Analisá-las? O curioso é que ela nunca colocou suas certezas em questão! Pelo contrário, foi buscar avalistas de renome, e encontrou.

Afinal, tratar da infertilidade não é o mesmo que tratar de suas (outras?) impossibilidades. Mas destas últimas Ana não está muito disposta, pelo menos até agora, a tratar. E continua: “Quem sabe um dia eu engravidou?” Sim, neste dia talvez Ana precise tratar de suas outras impossibilidades, do contrário teremos que começar a escutar – e é bom que nos preparemos para isso – os estimados filhos da mãe Ciência.

REFERÊNCIAS

BECKER, R. G. Infertility among low-income Latinos. *Fertility and Sterility*, v. 85, n. 4, p. 882-887, 2006. Disponível em: <<http://www.fertster.org>>. Acesso em: 10 Jul. 2008.

CHATEL, M. M. *Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução*. Tradução de Duque Estrada. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1995. 144 p.

CORNEL, C. *et al.* Guidelines de reprodução assistida. *Sociedade Brasileira de Reprodução Humana*, 2006. Disponível em: <<http://www.sbrh.med.br/guidelines>>. Acesso em: 12 Out. 2008.

CUKIERT, M.; PRISZKULNIK, L. Considerações sobre o eu e o corpo em Lacan. *Estudos de Psicologia*, v. 7, n. 1, p. 143-149, Jan., 2002.

FERNANDES, M. H. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 127 p.

LOPES, J. *et al.* Guidelines infertilidade conjugal. 2006. *Sociedade Brasileira de Reprodução Humana*. Disponível em: <<http://www.sbrh.med.br/guidelines>>. Acesso em: 12 Out. 2008.

MORETTO, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?* 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 217 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 12 Jun. 2008.

PARSEVAL, G. D. *Famille à tout prix*. La couleur dès idées. Paris: Éditions du Seuil, 2008. 387 p.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, M. C. *Novas tecnologias reprodutivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. 2003. 259 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 39-51

RIBEIRO, A. C. *Adaptação do inventário de problemas de infertilidade para homens e mulheres inférteis*. 2007. 180 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, Departamento Psicologia e Educação, Ribeirão Preto, 2007.

RIBEIRO, M. F. R. *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 124 p.

SPAIZO, A. M.; FÉRES-CARNEIRO, T. Construções do feminino pós-anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 1, p. 179-188, jan., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 5 maio de 2007.

TORT, M. *O desejo frio*. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. 366 p.

Science children: assisted reproductive motherhood

Abstract:

This article proposes to analyze the conceptual difference between being a mother, according to Biology and Psychoanalysis. The clinical experience with infertile women, at the ICHC-FMUSP-Assisted Reproduction Center indicates that the demand for pregnancy may not necessarily correspond to that of being a mother. It leads to the conclusion that being a mother is to fill a psychic place, despite the fact that pregnancy might be crucial for the construction of the nurturing function; that the impossibility of being a mother may be related to the difficulty of having children; and that attention to unconscious elements decreases the risk of producing Science children.

Keywords:

Reproductive technology; Motherhood; Psychology; Psychoanalyze, infertility.

Artigo recebido em: 8/1/2009

Aprovado para publicação em: 8/5/2009

Mental - ano VII - n. 12 - Barbacena - jan.-jun. 2009 - p. 39-51

