



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL e PSICANÁLISE

**Os Bastidores da Adoção: O Luto do “Esperado” Filho Biológico**

MARIANE CANDIDA LIRA BORBA

RECIFE  
2015

MARIANE CANDIDA LIRA BORBA

**Os Bastidores da Adoção: O Luto do “Esperado” Filho Biológico**

Dissertação apresentada à Universidade Católica de Pernambuco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, com concentração em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, sob a orientação da professora Dra. Edilene Freire de Queiroz.

RECIFE  
2015

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu força e determinação para terminar esta etapa da minha vida acadêmica.

À Risleide e Edmar, meus maiores sinônimos de amor.

À Prof<sup>a</sup> Dra. Edilene Freire de Queiroz, por sua dedicação, atenção, disponibilidade, paciência e parceria nesta minha caminhada.

A Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Consuelo Passos, por me acompanhar durante todo o processo de mestrado e por ser fonte de inspiração em diversos momentos.

Aos diversos Professores do Mestrado e colegas de sala, por suas preciosas observações, críticas e sugestões.

A Edmar Júnior e Ana Karina Ulisses, por, em muitos momentos, acreditarem mais em mim do que eu mesma, e por fornecerem, além do apoio emocional, o financeiro também. Sem vocês não poderia imaginar cursar este mestrado.

A Angela França e Jorgeane Carla (sócia) pelos apoios emocional e teórico que forneceram neste momento acadêmico e em toda a minha experiência profissional.

Às minhas amigas: Mariana Haack, Nathalia Rangel, Brena Lima, Agustina Calafell, Flávia Revoredo e Mariana Brasileiro, por acreditarem em meu potencial, por me oferecerem palavras de incentivo nos momentos que mais precisei para dar continuidade ao Mestrado.

Aos funcionários do Mestrado, pela atenção e participação.

Deixa partir  
O que não te pertence mais  
Deixa seguir o que não poderá voltar  
Deixa morrer o que a vida já despediu  
Abra a porta do quarto e a janela  
Que o possível da vida te espera  
Vem depressa que a vida precisa continuar  
O que foi já não serve é passado  
E o futuro ainda está do outro lado  
E o presente é o presente que o tempo quer te entregar

Fala pra mim  
Se achares que posso ouvir  
Chora ao teu Deus se não podes compreender  
Rasga este véu do calvário que te envolveu  
Tão sublime segredo se esconde  
Nesta dor que escurece o horizonte  
Que por hora impedem os teus olhos de contemplarem  
O eterno presente do tempo  
O ausente o presente em segredo  
Na sagrada saudade que deixa continuar

Deixa morrer o que a morte já sepultou  
Deixa viver o que dela ressuscitou  
Não queiras ter o que ainda não pode ser  
É possível crescer nesta hora  
Mesmo quando o que amamos foi embora  
A saudade eterniza a presença de quem se foi  
Com o tempo esta dor se aquieta  
Se transforma em silêncio que espera  
Pelos braços da vida um dia reencontrar.

Perdas Necessárias (Padre Fábio de Melo).

## RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo refletir sobre o luto do filho biológico, como aspecto importante subjacente às demandas por adoção, quando esta ocorre devido à infertilidade. Utilizaram-se para análise os depoimentos de mulheres registradas no livro *Maternidade Interrompida*. O livro é composto por 40 depoimentos de mulheres que vivenciaram a perda gestacional. Tem como organizadora Maria Manuela Ponte e foi publicado pela Associação Projecto Artémis. Verificou-se o luto presente na infertilidade e como, muitas vezes, não é vivenciado. Observou-se a importância de se estudar sobre esse momento de dor e perda, para que, se o casal resolver entrar no processo de adoção, seja bem sucedido. O trabalho foi pensado e estruturado com quatro capítulos. No primeiro capítulo, foi apresentado o relato de cada uma das mulheres estudadas. No segundo capítulo, refletimos sobre o desejo de ter um filho e os sentimentos experimentados pelo fato de não conseguir concluir a gestação e suas implicações. No terceiro capítulo, falou-se sobre o momento de luto vivenciado pelas mulheres estudadas e a visão de alguns autores sobre essa temática. O quarto e último apresenta as feridas narcísicas que surgem com a infertilidade e como se dá a restauração narcísica após a não concepção e como esse caminho, muitas vezes, pode levar à adoção.

**Palavras-chave:** Infertilidade. Luto. Perdas Gestacionais. Aborto. Adoção.

## ABSTRACT

This work aimed to reflect on the biological son mourning as important underlying aspect to demands for adoption, when this occurs due to infertility. Was used to analyze women's testimonies recorded in the book "Motherhood Interrupted". The book consists of 40 statements from women who experienced pregnancy loss, is organizing Maria Manuela Bridge and this book published by the Association Project Artemis. There was mourning present in infertility and how often one is not experienced. Noted the importance of studying this time of grief and loss, so that if the couple settle into the adoption process to be successful. The work was conceived and structured with four chapters. In the first chapter was presented the story of each of the women studied. In the second chapter we reflect on the desire to have a child and the feelings experienced by not being fertile and its implications. In the third chapter was about the time of grief experienced by women studied and the view of some authors on the subject. The fourth and final presented to the narcissistic wounds that come with infertility and as of the narcissistic restoration after conception and not like the way can often lead to adoption.

**Keyword:** Infertility. Bereavement. Gestational losses. Abortion. Adoption.

## RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo reflexionar sobre el hijo biológico de luto tan importante aspecto subyacente a las demandas de adopción, cuando esto ocurre debido a la infertilidad. Se utilizó para analizar testimonios de mujeres registradas en el libro *La maternidad Interruped*. El libro consta de 40 declaraciones de mujeres que experimentaron la pérdida de un embarazo, está organizando Maria Manuela Puente y este libro publicado por el Proyecto Artemis Asociación. Hubo luto presente en la infertilidad y la frecuencia no se experimenta. Tomó nota de la importancia de estudiar estos momentos de dolor y pérdida, de modo que si la pareja se asiente en el proceso de adopción para tener éxito. La obra fue concebida y estructurada con cuatro capítulos. En el primer capítulo se presenta la historia de cada una de las mujeres estudiadas. En el segundo capítulo se reflexiona sobre el deseo de tener un hijo y los sentimientos experimentados por no ser fértil y sus implicaciones. En el tercer capítulo fue en la época de dolor que experimentan las mujeres estudiadas y la opinión de algunos autores sobre el tema. El cuarto y último presentado a las heridas narcisistas que vienen con la infertilidad y como de la restauración narcisista después de la concepción y no como el camino a menudo puede conducir a la adopción.

**Palabra clave:** Infertilidad. El duelo. Pérdidas Gestacionales. Aborto. La adopción.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Perfil das mulheres estudadas.....	20
--	----



## LISTA DE ABREVIATURAS

FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FIV	Fertilização <i>In Vitro</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SOFIA	Serviço de Orientação à Filiação Adotiva
STFF	Síndrome de Transfusão Feto-fetal

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO I MULHERES QUE DESEJAM SER MÃES</b> .....	19
<b>CAPÍTULO II DESEJO DE TER FILHO</b> .....	38
<b>CAPÍTULO III A BARRIGA QUE NÃO CRESCEU... O LUTO</b> .....	46
<b>CAPÍTULO IV RESTAURAÇÃO NARCÍSICA APÓS O “NÃO GERAR”</b> .....	52
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	57
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	59

## INTRODUÇÃO

A infertilidade feminina se apresenta como um desafio às mulheres que tanto desejam poder gerar um filho. A experiência da infertilidade, muitas vezes, é uma experiência devastadora e provoca nas mulheres um encontro com a dor e um convite para novos arranjos da subjetividade. Enquanto esperam o filho que ainda não veio, as mulheres vão alimentando novos e antigos conflitos, que emergem no bojo da infertilidade.

Estudar sobre infertilidade pede que antes se olhem outros aspectos que estão em volta, como as formas de família, o vínculo do casal, a infertilidade e o luto que é experimentado.

Família não é algo fácil de definir e pode-se até dizer que é uma expressão sem conceituação, de que só se possuem descrições, ou seja, pode-se descrever a família e suas várias estruturas assumidas ao longo dos séculos (OSÓRIO, 1996).

A palavra família não retrata uma instituição fechada, fixa e invariável, pois, através dos tempos, ela se modificou bastante, principalmente a respeito de suas formas e mecanismos. Na atualidade, coexistem variados tipos de família que têm princípios morais e psicológicos variados e muitos deles contraditórios e inconciliáveis. Por isso, na tentativa de se descrever uma estrutura familiar, deve-se estar atento ao conjunto de variáveis existentes, como, por exemplo, os meios ambiental, social, econômico, cultural, político, religioso e, principalmente, a época histórica em que a mesma está inserida (OSÓRIO, 1996).

Cada família tem um sistema de organização próprio e uma estrutura específica além de um conjunto individual e invisível de exigências funcionais, fazendo com que seus membros se organizem através de padrões transacionais com que se relacionam, fazendo assim que se mantenha sua estrutura e seu funcionamento. Porém, pode-se dizer, a grosso modo, que existem três formatos básicos: a nuclear (conjugal), a extensa (consanguínea/ adotiva) e abrangente (inclui parentes que não coabitam) (MENEZES, 2002).

Quando duas pessoas estão dispostas a constituir um vínculo de casal, sabe-se que essa escolha ocorreu de forma consciente ou inconscientemente e foi, através de modelos socioculturais e estruturações psíquicas, pois a conjugalidade

implica um entrelaçamento de dois “eus” distintos, duas subjetividades diferentes que, juntas, buscam construir uma terceira, a do casal.

Conjugalidade é uma resultante de uma superposição das relações de objeto dos parceiros, cujo modelo de identificação é a representação do casal parental de cada um. Sugere que a escolha do parceiro conjugal ocorre através de um conceito denominado colusão, que se conceitua como um jogo inconsciente, não confessado entre os parceiros, com base em conflitos infantis não elaborados. Segundo essa visão, o casal se une motivado pela busca de superação de seus conflitos inconscientes por meio da relação amorosa (MAGALHÃES, 2009).

A relação conjugal é, portanto, por vezes, comparada a uma arena, na qual o mundo interno de cada um é reencenado, onde necessidades e ansiedades se expressam na expectativa de respostas e soluções. Fantasias inconscientes de cada membro do casal a respeito do funcionamento da conjugalidade e defesas compartilhadas possibilitam a tessitura de um laço através do qual pretendem responder às necessidades do outro, assim como ter as suas igualmente atendidas.

A escolha de objeto de amor tem, na sua base, um movimento pulsional que visa a encontrar um objeto perdido, portanto, o objeto amado é escolhido, em referência ao objeto de desejo. Há uma lógica nas condições do amor que norteia o estabelecimento de laços conjugais.

O amor, muitas vezes, é buscado devido a uma sensação de incompletude, que impele o ser humano a buscar essa ilusão de completude e cria a ilusão de encontrá-la em outra pessoa. Nesse sentido, a escolha amorosa pode ser considerada uma tentativa, através do outro, de busca de uma completude. Assim, quando o outro possui determinado traço representativo do teoricamente perdido, parecendo responder, em sua realidade, às exigências fantasmáticas que constituem as “condições do amor”, o sujeito movimenta-se em sua direção (ALVARENGA, 1996).

O casamento é uma das relações sociais que oferece à pessoa uma espécie de sentido de vida, pois cada indivíduo exige uma “validação constante” de sua identidade e de seu lugar no mundo, de modo que é entendido como um encontro que possibilita uma redefinição de dois seres.

O casamento e a instituição família nos tempos atuais assumiram diversas configurações, mas, para efeito desta pesquisa e consideração aos depoimentos

dos casais que serão objeto desta análise, optar-se-á por dedicar atenção ao casamento dito “tradicional”.

A união tradicional é qualificada como uma união estável entre pessoas de sexos diferentes, na forma da lei ou a sua margem. Cavalcanti destacou quatro conceitos de casamento: o casamento teológico, que se entende como uma união espontânea de sexos diferentes, em afeto, diante de Deus. O casamento cultural, que se entende como a realização de ritos de passagem prescritos pela tradição da comunidade; o casamento eclesiástico, que se entende como realização específica dos rituais litúrgicos de cada culto e, por último, o casamento jurídico, que é de acordo com o que prescreve a legislação civil de cada país (CAVALCANTI, 1990).

O desejo de casar existe independente do desejo de constituir uma família, e é esse último que, na maioria das vezes, determina o primeiro. A legislação que rege o casamento também determina o direito sucessório de pai para filho.

A chegada de um filho para alguns casais é esperada e desejada, o que leva a várias transformações na relação conjugal, já que agora eles deixarão de ser apenas um casal. A chegada deste terceiro altera as funções de cada membro.

E quando a chegada do sonhado filho é impedida? O desejo tão acalentado foi frustrado?

A descoberta da infertilidade acarreta um sentimento de perda para o casal, sendo um processo que envolve intenso sofrimento e luto. Por estar a maternidade relacionada à mulher, a percepção da infertilidade acaba por resultar em sentimentos de medo, frustração, vergonha, desvalia e ansiedade. Ela se vê como “a árvore podre” e isso, além de refletir na esfera individual, ressoa também sobre a conjugalidade, ocasionando prejuízos em sua qualidade de vida.

A infertilidade é um problema conjugal, mas tem uma representação diferente para homens e mulheres. Levam-se em consideração mitos e crenças socialmente partilhados. O senso comum apresenta uma associação entre fertilidade e virilidade por parte dos homens e entre fecundidade e feminilidade por parte das mulheres. O casal pode ser afetado por uma infertilidade masculina ou feminina ou a esterilidade de um dos membros. Sobre isso, como distinguir esterilidade e infertilidade?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a infertilidade resulta de uma disfunção dos órgãos reprodutores, dos gametas ou do conceito e

a esterilidade é a impossibilidade que tem o homem ou a mulher de produzir gametas (células sexuais: óvulos para a mulher; espermatozoide para os homens) ou zigotos (ou ovos - células que resultam da fusão entre óvulos e espermatozoides) viáveis. (ROWE, 1998).

Pode-se dizer que um casal é infértil se tem apenas uma diminuição das chances da gravidez, que podem ser contornadas por medidas médicas; e que é estéril quando a capacidade de gerar filhos é nula.

Nosso trabalho enfoca a relação do feminino com a questão da impossibilidade de gerar filho, não por uma questão de esterilidade, mas por não sustentar a gestação. Nesse caso, aproxima-se do que a OMS coloca como problema de infertilidade, pois todas as mulheres aqui estudadas apresentam alguma disfunção dos órgãos reprodutores já que não conseguem sustentar uma gravidez. Caracteriza-se esta situação como uma perda Peri-natal, como teremos oportunidade de discutir no capítulo III (ver pag. 50).

A infertilidade obriga as mulheres a um diálogo com o seu corpo, pois é ele que, afetado, inscreve uma realidade: a reprodução não se faz de forma natural, provocando assim abalos na auto estima das mulheres, gerando sentimentos de frustração, culpa, vazio, fracasso, sentimentos de inferioridade em relação aos outros com prejuízo para seus relacionamentos social e conjugal, inclusive sexual.

Pines, psicanalista inglês que se dedica ao tratamento de pacientes inférteis, diz que eles, quando adquirem a consciência sobre a infertilidade, passam por um profundo sofrimento emocional. Ele afirma que, no passado, as pacientes tinham apenas as alternativas: aceitar que não poderiam ter filhos ou optar pela adoção. Hoje, com o avanço da tecnologia reprodutiva, a medicina vem disponibilizando inúmeros métodos de reprodução. Contudo, para aceitar esses métodos, é necessário primeiro aceitar sua incapacidade de engravidar naturalmente, que, muitas vezes, vem acompanhada por uma vivência de vergonha e de culpa, sentimentos esses decorrentes do sofrimento emocional presente em situações de infertilidade (PINES, 1990).

Para o autor, a confiança em sua capacidade de reproduzir é um componente importante para a auto imagem de homens e mulheres. Para a mulher, porém, a gravidez faz parte do processo de identificação com a mãe, uma identificação corporal que contribui para o cumprimento de um ideal de uma menina.

É como se a gravidez fosse a etapa final de identificação biológica com a mãe, o que possibilitaria uma visão de si como um ser adulto e contribuiria para a efetiva separação em relação à mãe.

A mulher precisa da confiança em sua capacidade futura de dar à luz, como o fez sua mãe, é decisiva para um desfecho confiante de sua feminilidade, de sua identidade sexual e de sua autoestima. Mesmo nos casos em que a mulher não deseja ter um filho. Trata-se de uma questão narcísica, de “ser capaz de” e ter o direito de optar por ter ou não o filho. Para a maioria das mulheres, a gravidez faz parte de um projeto a ser alcançado, sendo referência para a constituição da identidade feminina.

A incapacidade de gerar um filho, para essas mulheres, torna-se bastante dolorosa, pois é a impossibilidade de controlar a capacidade reprodutiva do próprio corpo, constituindo assim uma enorme crise emocional, um golpe no narcisismo, uma deterioração da relação consigo mesma, um abalo na representação de sua imagem corporal adulta e de sua sexualidade.

Ribeiro, psicanalista brasileira, no seu livro *Infertilidade e Reprodução Assistida: desejando filhos na família contemporânea*, afirma que a infertilidade reativa estimula conflitos psíquicos relacionados ao desejo de ter um filho como sendo conflitos ligados à sexualidade, à relação primária com a mãe, à identidade de gênero e ao conflito edípico. Para ela, a infertilidade tem um potencial traumático considerável, pois o desejo de ter um filho se origina e permanece vinculado, no inconsciente, à questão da sexualidade infantil e suas feridas narcísicas (RIBEIRO, 2004).

Diversos autores, como Ribeiro (2004), Oliveira (2006), Otuka (2009) afirmaram que o casal chegará à decisão de adotar após ter percorrido uma extensa trajetória na qual, inevitavelmente, teriam atravessado o luto pela perda de sua capacidade geradora quer em condição de infertilidade do casal quer em condição de esterilidade de um dos cônjuges. Nesse último caso, o cônjuge estéril, nesse sentido, deverá ter assumido sua incapacidade de procriar e o fértil, a ela terá de renunciar. O casal poderá lidar com tais questões de duas formas: elaborando-as ou negando-as patologicamente, com defesas de caráter melancólico ou maníaco. As defesas melancólicas são inibitórias e raramente conduzem à adoção, ao passo que as maníacas induzem sua busca e a facilitam. Uma e outra causam problemas para

a formação do vínculo de filiação com a criança adotiva. No primeiro caso, pela própria inibição pulsional causada pela melancolia e, no segundo caso, a uma negação maníaca da origem da criança, uma vez que a revelação de seu passado será vivenciada como uma ameaça ao equilíbrio do presente. A criança estaria como silêncio do filho que “não teve”.

Isso revela que, diante das motivações para a adoção, é preciso atentar se não há precipitação dos pretendentes no sentido de não ter feito o luto necessário do filho biológico, afinal cada um terá o seu tempo de elaboração e, ainda, se o projeto de adoção é compartilhado por ambos os cônjuges. Fatores que podem ser considerados positivos para o processo são a capacidade de reflexão, a ponderação, a abertura emocional e a flexibilidade para aceitar integralmente a criança que virá.

A adoção, às vezes, não é pensada, e quando isso ocorre, normalmente se encontra como uma das últimas opções do casal. Otuka, Scorsolini-Comin e Santos (2009) relatam em sua pesquisa que, quando há confirmação da esterilidade por parte de um dos cônjuges, isso faz com que o casal tome a decisão de adotar uma criança, mas, como sendo a última alternativa para realizar o sonho da paternidade/maternidade e ela acontece após longos períodos de tentativas frustradas de gerar um filho. Muitas vezes, a esterilidade é sentida como uma ferida narcísica, que “castra” a fantasia de continuidade biológica e imortalidade dos pais.

Levinzon coloca que existem três fases presentes no processo de aceitação da condição de esterilidade de um casal:

Um período de negação, no qual o casal busca todas as alternativas para reverter a situação de esterilidade, que resultam em situações muitas vezes extremamente frustrantes. Com o advento da reprodução assistida e dos bebês de proveta, encontramos muitas vezes casais que se submetem a verdadeiras cruzadas na esperança de procriar seu filho. Reações de raiva e de luto, que podem desembocar em acusações ao parceiro infértil, explícitas ou inconscientes. Aceitação, quando então o casal se conscientiza de que ter filhos não depende apenas de sua possibilidade biológica de gerá-los, e consideram a adoção como uma alternativa legítima e desejável (LEVINZON, 2009, p. 1).

O ponto de vista deste estudo é que a infertilidade seja um evento conflitivo por reavivar impasses psíquicos, mas, se ela será vivida como um evento traumático, dependerá de cada sujeito. Considera-se como traumático quando o filho fantasiado, muitas vezes desde a primeira infância e atualizado na vida adulta, torna-



se hiper investido e hiper libidinizado, provocando assim um abalo narcísico, deixando a vida dos casais em suspenso, pois tudo passa a girar em torno do desfecho da infertilidade.

O trauma torna tal vivência tão devastadora, que é necessário um trabalho mais elaborado do luto para que o casal possa dar um passo adiante.

Freud, em seu trabalho sobre Luto e *Melancolia*, lançou as linhas mestras das semelhanças e diferenças entre a melancolia e o processo de luto, tornando clássico em psicanálise o destino possível de uma perda amorosa ou de um ideal: a elaboração do trabalho de luto com a recuperação da libido e a volta ao interesse no mundo externo, ou o fracasso dessa elaboração e a queda na melancolia (FREUD, 1915-1975/ 2011).

As características descritas pelo autor sobre o luto e a melancolia são: o luto, um profundo desânimo, perda do interesse pelo mundo externo, inibição da atividade em geral, incapacidade de amar. A diminuição da autoestima, acompanhada de intensas auto acusações, pode culminar até mesmo numa expectativa delirante de punição, característica considerada exclusiva da melancolia. Além disso, o objeto perdido do melancólico é mais idealizado que o do luto, sendo que, na melancolia, estamos lidando com uma perda de objeto que pode ser inconsciente, enquanto, no luto, essa perda é totalmente consciente. A ambivalência em relação ao objeto perdido é outro aspecto fundamental que diferencia os dois quadros, sendo muito intensa nos melancólicos, que se esquivam dela, voltando contra si a hostilidade que sentiam contra o objeto.

O luto é elaborado através do teste de realidade: ao perceber que o objeto não mais existe, exige que a libido se desprenda do objeto perdido. Entretanto, essa exigência não é fácil de ser cumprida. As pessoas tendem a fixar-se insistentemente nos seus investimentos libidinosos. Muitas vezes se observa que, quando essa fixação é muito forte, pode ocorrer um aprisionamento intenso no objeto de desejo, resultando em um total fracasso da percepção de realidade.

O teste de realidade deve ser realizado gradativamente, pois há um gasto energético alto, sendo que, no decorrer desse período, a existência do objeto perdido é prolongada no psiquismo. Todo esse processo envolve sofrimento e dor, que vão consumindo bem lentamente.

Mendlowicz coloca que, apesar de todo estudo desenvolvido em torno do luto e da melancolia, o processo de luto ainda permanece bastante misterioso, pois este processo de elaboração também necessita de outros fatores, como as percepções individuais sobre as perdas, mecanismos e processos diferentes de enfrentamentos (MENDLOWICZ, 2000).

Elisabete Kubler-Ross (2005), famosa psiquiatra, dissertando sobre o estudo da morte, coloca que sentimentos como negação, isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação são etapas de um processo de elaboração do luto. Esses sentimentos são bastante variados, cada pessoa reage de uma maneira e ordem distinta, com avanços e retrocessos. A insegurança e o sentimento de esperança de que o filho ainda possa chegar estão sempre presentes em todas as etapas vivenciadas pelo sujeito. Isso ocorre até que consiga ultrapassar o momento de luto, para que assim visualize novos investimentos e objetivos.

Como se vê, a perda do filho desejado por impossibilidade de gerar produz um profundo impacto psíquico que requer um trabalho árduo de elaboração. Pode-se perceber que a infertilidade traz à tona questões complexas sobre as quais a psicanálise contemporânea vem sendo convocada a refletir. A revisão preliminar sobre o tema de estudo proposto mostrou que a literatura psicanalítica tem-se ocupado da infertilidade e proporcionado diferentes leituras dessa experiência. Esse trabalho visou a contribuir na reflexão sobre o luto do filho biológico, como aspecto importante subjacente às demandas por adoção, quando isso ocorre devido à infertilidade, mais de 80% das demandas por adoção decorrem dele. Portanto, analisamos os depoimentos de famílias registrados pela Associação Projecto Artémis.

Como suporte, far-se-á uso de pesquisa bibliográfica, na literatura psicanalítica sobre a questão da elaboração do luto em relação à perda do objeto desejado, refletindo sobre quais os possíveis recursos empregados para a restauração narcísica do casal com relação à impotência de gerar.

A Associação Projectos Artemis é uma associação portuguesa que está aberta ao público em geral, trabalha e funciona sem fins lucrativos. Foi concebida para responder às necessidades de informação técnica e apoio emocional de mulheres que perderam filhos por aborto espontâneo, bem como quebrar o pacto de silêncio, resultante de todo um processo de luto.

Ela tem como principal objetivo dar apoio gratuito e emocional a toda e qualquer mulher que passe ou viva o momento de perda de gestação, com consequências psicológicas graves, negativas e depressivas. A Associação disponibiliza uma linha telefônica para orientar, esclarecer dúvidas e diminuir a dor da perda, provocada por um luto precoce. Por isso a linha funciona 24 horas por dia. Também publica um editorial que contém artigos de opinião e de especialistas, no sentido de abordar temas, como a perda precoce da gestação, a infertilidade e os partos prematuros.

Tem uma rede de cooperação em várias áreas, especificamente de profissionais ligados à Ginecologia, Obstetrícia e Genética, que possam contribuir largamente para diminuir a falta de informação e esclarecer as infinitas dúvidas. Essa associação publicou o livro *Maternidade Interrompida*, no qual constam os depoimentos das mulheres estudadas.

Na elaboração desta dissertação, foram pensados e estruturados quatro capítulos. O primeiro capítulo apresentará o livro objeto de análise e as mulheres relacionadas para apreciação dos seus depoimentos. No segundo capítulo será apresentada uma reflexão sobre o desejo de ter um filho e os sentimentos decorrentes do fato de não concluir uma gestação com suas implicações. No terceiro capítulo, será discutido o luto vivenciado pelas mulheres e junto se apresentará a visão de alguns autores sobre essa temática. O quarto e último capítulo explanará as feridas narcísicas que surgem com a infertilidade e como se dá a restauração narcísica após a não concepção e, como esse caminho, muitas vezes, pode levar à adoção.

## CAPITULO I MULHERES QUE DESEJAM SER MÃES

A dissertação foi desenvolvida a partir de uma análise dos depoimentos constantes no livro *Maternidade interrompida*, de Maria Manuela Pontes, no qual a autora apresenta e disserta sobre os aspectos psicológicos vivenciados por mulheres que não passam pela experiência de gerar um filho (PONTES, 2009).

A escolha dessa obra ocorreu pelo fato de ser um conjunto de histórias de mulheres que já vivenciaram a perda de seus filhos por abortos espontâneos e por motivos diversos, mas que têm em comum a mesma dor, os mesmos sentimentos de vazio, as mesmas frustrações. A organizadora dessa obra teve como objetivo reunir depoimentos sinceros e pungentes, mostrando, assim, os sentimentos, inclusive a vergonha que essas mulheres sentem por achar que não foram capazes de gerar seus filhos. A própria autora, nascida em Portugal, em 1971, também travou uma luta com a infertilidade durante três anos. Ela perdeu inicialmente dois filhos durante a gestação. Nesse período, fundou a Associação Projecto Artémis, com o intuito de apoiar mulheres vítimas de perdas gestacionais. Hoje a Artémis é uma das maiores associações não governamentais em Portugal, que oferece atendimento psicológico e aconselhamento às mães e seus familiares. Em 2002, Manuela engravida e consegue ter sua filha, chamada Vitória e em 2006 o Matheus.

A obra apresenta quarenta depoimentos de pessoas que passaram por experiências de maternidade interrompida, as quais expressam seus sentimentos, vivências e recursos de que precisaram lançar mão. São trinta e sete relatos de mulheres e três de homens. Em todos os relatos aparecem vivências de aborto, sendo que 28 dos casos após abortos iniciais, as mulheres conseguem engravidar. Serão utilizados para este trabalho os depoimentos de 9 mulheres que não conseguiram levar a gestação a termo.

Os nomes utilizados no livro foram fictícios, dessa forma, serão mantidos para efeito deste trabalho. Como foi dito anteriormente, foram usados os casos de mulheres que continuam vivenciando a questão da infertilidade, as quais são: Lucia Martins, Elsa Santos, Ana Souza, Celeste, Susana Gabriel, Carla Correia, Ana Felipe Henriques, Ana Sofia Caniço e Silva Brites.

Quadro 1. Perfil das nove mulheres estudadas

SUJEITOS	IDADE	ESTADO CIVIL	TEMPO DE RELACIONAMENTO	QUANTOS ABORTOS
Lucia Martins	27	Casada	Nove anos de namoro e seis meses morando juntos	Um aborto
Elsa Soares	NC	Casada	Sete anos	Dois abortos
Ana Souza	NC	Casada	NC	NC
Celeste	36	Casada	NC	Dois abortos
Susana Gabriel	NC	Casada	NC	Seis abortos
Carla Correia	NC	Não informou o tipo de relacionamento com o pai da criança	NC	Um aborto
Ana Filipa Henrique	NC	Casada	Mais de quatro anos	Quatro abortos
Ana Sofia Caniço	29	Casada	NC	Dois abortos e três de uma gravidez trigemelar
Silvia Brites	NC	Casada	NC	Dois abortos

\*NC = não consta

Fonte: (elaborada com dados no estudo).

A maioria das mulheres estudadas vivenciaram mais de uma experiência do aborto. Embora sejam casadas, poucas informações aparecem sobre os seus parceiros. Como será visto a seguir, a experiência relatada sobre a dor da perda de feto e os enfrentamentos necessários praticamente dizem respeito aos sentimentos individuais, vividos pelas mulheres e não pelo casal.

### Caso 1 -Lucia Martins

Tinha 27 anos de idade, namorava há nove anos e morava há seis com o companheiro quando decidiram ter um filho. Ficou grávida na primeira tentativa e ficou radiante com a confirmação da gravidez. Sua irmã também estava grávida com a diferença apenas de quinze dias.

Quando foi ao médico e descobriu que seu filho não crescia, comentou a respeito: “ele tinha abandonado o seu corpo e o meu próprio corpo”.

De repente, reconhecia-me como a última das mulheres, num mundo em que a maternidade apenas termina dessa forma para as escolhidas, escolhidas por uma dor mortífera, escolhidas por um vazio reentrante, por um vácuo de comoções(Lúcia Martins) (PONTES, 2009, p. 32).

Na semana seguinte Lucia passou por diversos médicos e exames, pois,hormonalmente, ela continuava grávida, o que fez como que o bebê continuasse coladoem suas entranhas. Ele não saía e ela permaneceu com ele em sua barriga por mais um mês. Ele saiu de forma natural, quando foi ao vaso sanitário. Sofreu sangramento severo, tendo de ser levada para o hospital. Seu desejo recusava desprender-se totalmente do seu corpo a ponto de ainda reter parte da placenta. Ficou duas horas em trabalho de parto, sem nenhum medicamento para as dores, assim, expelir “o lixo” (expressão dela).“Foi um pesar horrível, sem nenhuma compensação, a não ser a medíocre possibilidade de permanecer viva e recordar” (Lúcia Martins)(PONTES, 2009, p. 32). (*sic*)

Mesmo de alta médica, seus hormônios se recusavam a baixar e Lucia se deparou com a possibilidade de um cancro e teve de submeter-se a uma sessão de quimioterapia. Segundo ela, não teve apoio de seu companheiro. Decidiram ter um filho, mas as consequências nefastas foram vivenciadas apenas por ela.

Começou acompanhamento psicológico, um mês depois,seu companheiro terminou a relação.Quando sua sobrinha nasceu, não conseguiu segurá-la, pois ela fazia lembrar-se do filho que não nasceu.

“Minha sobrinha nasceu, não conseguia sequer pegar nela, o meu filho ocupava-me a mente, queria-o ali, queria-o naquele lugar” (Lúcia Martins)(PONTES, 2009, p. 32).

No momento em que partilhou sua experiência, já fazia dois anos do acontecido e a mesma refere a ela como um fardo, algo que jamais esquecerá.

“Sempre que vejo uma grávida ou um bebê, rememoro o meu passado de uma maternidade violentamente fugaz. Tenho 28 anos e muito medo”.(Lúcia Martins) (PONTES, 2009, p. 33).

## Caso 2 - Elsa Soares

Com sete anos de casada, Elsa Soares e seu esposo decidiram que era a hora de engravidar. Após seis meses, como não conseguiram engravidar, consultaram médicos e obtiveram diagnóstico de síndrome do ovário poliquístico e anovulação.

Com a notícia, o casal ficou mais unido e sofrendo juntos à espera do filho.

Os tempos que se aproximavam traziam uma lição de vida muito maior. Agora chorávamos pelo que nunca tinha existido, pelo invisível. Dentro de algum tempo choraríamos pelos nossos bebês, pelos nossos filhos, por termos perdidos os nossos sonhos. (Elsa Soares) (PONTES, 2009, p. 35).

Após um ano de tratamento, Elsa consegue engravidar. Na semana seguinte à confirmação, o casal fez diversas visitas às lojas de bebês, fazendo diversos planos e compras. Em um domingo, Elsa percebe que está tendo sangramento; na segunda-feira, o casal vai para a maternidade fazer uma ecografia que demonstra duas possibilidades: a gravidez muito recente ou um aborto já em processo. Mas Elsa sabia que estava com seis semanas de gestação e foi orientada a não fazer grandes esforços e aguardasse os próximos dias. “Ora tinha perdas, ora não tinha; ora tinha esperança e acreditava ora agarrava-me ao meu marido e chorava” (Elsa Soares) (PONTES, 2009, p. 36).

Na semana seguinte, as esperanças se acabam, Elsa amanhece sangrando intensamente. Passa dois dias de cama chorando e se perguntando o que havia ocorrido, como poderia ter acontecido com ela, o sentimento de culpa começava a aparecer. “O que foi que eu fiz para ter perdido o meu bebê” (Elsa Soares) (PONTES, 2009, p. 36).

Os meses seguintes foram complicados. Inicialmente, Elsa tenta negar o sentimento de perda, depois de oito meses, começa a apresentar sintomas depressivos, por esse motivo ela decide procurar ajuda especializada.

Fiz terapia e entendi que ainda tinha um longo caminho pela frente, voltei a estaca zero, de modo que fosse capaz de sentir o meu luto, de elaborar a minha dor. Essa ajuda foi imprescindível para conseguir dar um lugar no meu coração a perda do meu bebê e preparar-me para uma nova gravidez (Elsa Soares) (PONTES, 2009, p. 37).

Após diversas consultas, Elsa é informada que seu peso pode ter influenciado na sua anovulação. Elsa começa a perder peso, um ano depois, seu organismo volta a ovular e consegue engravidar espontaneamente. Ela comenta: “a alegria imensa se apoderou de mim, o medo extremo também” (Elsa Soares) (PONTES, 2009, p. 37). Elsa volta a fazer compras para o bebê, porém, na primeira ecografia, confirma-se a perda da sua segunda gestação e relata: “durante a ecografia, meu marido não disse uma única palavra, apenas segurava a minha mão; estávamos naufragados à espera de salvamento” (Elsa Soares) (PONTES, 2009, p. 38).

No dia seguinte Elsa é encaminhada para fazer uma pequena raspagem dos “restos de seu feto”. Sua reação foi intensa.

Deitei-me e a médica começou a ‘raspar’ e ‘retirar’ os restos grudados nas minhas vísceras [...] Dada altura gritei à médica que parasse, não conseguia respirar, parecia que me estavam a desentranhar por completo [...]. As dores físicas tinham sido tratadas, agora tinha chegado a altura de tratar as dores emocionais (Elsa Soares) (PONTES, 2009, p. 39).

Com o segundo aborto, por já estar com acompanhamento psicológico, foi mais fácil de lidar, de conseguir falar sobre a sua perda, mas reacende sempre a esperança de um dia ter o filho desejado. Não fala em adotar e continua a tentativa de engravidar.

Hoje devido à minha infertilidade, ainda não engravidei, o medo de voltar a engravidar é grande, mas a esperança de um dia, em breve, poder abraçar o meu filho é ainda maior, as tentativas continuam. Não sei o que o futuro me vai reservar, mas vivo o presente sabendo que estou a fazer tudo ao meu alcance para que um dia a minha história tenha um final feliz (Elsa Soares) (PONTES, 2009, p. 39).

Elsa, apesar do medo, mantém viva a esperança, o desejo permanece.

### **Caso 3- Ana Souza**

As famílias paterna e materna acharam que seria melhor esperar mais tempo, mas o casal decidiu engravidar, depois de inúmeras tentativas, finalmente haviam conseguido.



Foi à sua primeira consulta e a médica solicitou a volta com oito semanas e quinze dias, porém, na sétima semana, Ana começa a sentir algo errado. Comenta Ana:

Há sete semanas e meia senti que algo não estava bem [...] Mesmo sem nunca ter te sentido fisicamente, não te sentia mais [...] Eu sabia que algo havia mudado [...] senti uma forte picada, me deu um sinal de alerta e pensei que seria o útero a alargar.(Ana Souza) (PONTES, 2009, p. 49).

Ela correu para o hospital e a médica de plantão, que, por coincidência, era a sua médica, falou que não via mais o embrião e disse: “vai pra casa e descansa, depois volte que vamos ver se ainda pode fazer mais alguma coisa, foi melhor assim [...]. Odeio essa frase, melhor seria era teres nascido hoje, melhor seria agora estar contigo em meus braços isso sim teria sido o melhor” (Ana Souza) (PONTES, 2009, p. 49).

Ana foi a outros hospitais em busca de outras respostas e esperanças e ouviu “não vou lhe mentir, o coração está bem fraquinho, vejo uma hemorragia e se tens certeza do tempo ele também está pouco desenvolvido” (Ana Souza) (PONTES, 2009, p. 49).

Passou uma semana sem se mover em casa com a esperança de salvar seu filho, mas, ao chegar à consulta, ele não estava mais lá e a mesma estava em um estágio de aborto retido.

Demonstra revolta com a situação: “Porque eu? Porque comigo? Eu não merecia sofrer assim, não engravidei à toa” (Ana Souza) (PONTES, 2009, p. 50).

Trinta semanas se passaram e ela não aceita a perda de seu filho.

#### **Caso 4 -Celeste**

Em novembro de 2007, descobre que estava grávida, com oito semanas de gestação, percebe uma perda de sangue. No hospital, foi informada que podia estar tendo uma gravidez não evolutiva; mandaram-se para casa e pediram que esperasse. Celeste se pergunta: esperar pelo quê?(Celeste) (PONTES, 2009, p. 54).

No mesmo dia, Celeste sente dores e é levada para o hospital. Relata a experiência:

Tive tempo de penetrar naquele hospital e sentir o meu bebê ceder à decisão da natureza, saiu do meu corpo sem que o pudesse reter, saiu, ali, em frente daquela enfermeira que olhava para aquela cena dantesca com os olhos empanturrados de vulgaridade. Senti-me imunda [...] (Celeste) (PONTES, 2009, p. 54).

Três meses após a perda da primeira gestação, Celeste estava grávida novamente, mas insegura e com medo de que se repetisse o aborto. Então comenta:

Tentava ficar alegre, viver este novo estado de forma infantil, acreditando na magia de gerar o meu bebê, mas era inevitável que a tentasse prender dentro do peito quando pensava no passado recente. Repetia sempre que ia dar tudo certo, que seria muito cruel e injusto ocorre comigo pela segunda vez, mas nem sempre a vida é justa (Celeste) (PONTES, 2009, p. 55).

Desta vez, tinha uma gravidez evolutiva. Devido à idade, 36 anos, resolveu fazer um amniocentese: era um exame que acarretava alguns riscos, viu antes do exame o feto bem, o coração a bater, porém essa seria a última vez. Depois de dezessete semanas e cinco dias, o médico informou que o bebê não tinha ritmo cardíaco e estava morto. Viveu essa perda com dor e culpa.

Não quis acreditar, o mundo perdia-se de mim, pensei que morria ali e penso que uma parte de mim morreu no mesmo dia e disse que meu bebê parou de se desenvolver às dezesseis semanas e um dia, exatamente no dia que a amniocentese foi realizada, uma culpa trituradora se apoderava de minha alma, arrependia-me de ter feito o exame e aquela sensação era destruidora (Celeste) (PONTES, 2009, p. 55).

No outro dia Celeste, vai para o hospital para a retirada do feto e relata:

O meu desespero era titânico, Cativava-me uma revolta ordinária, nessa longa metragem de terror surge o resultado da amniocentese era um menino [...] tem sido muito duro, muito difícil aceitar, a dor e a angústia são companheiras permanentes nessa caminhada, uma revolta imensa manipula as nossas crenças, a sensação de perda e vazio por vezes é insuportável. Começo aos poucos a fazer as pazes com Deus e começo a sentir renascer a esperança de ainda ter um filho para poder abraçar e amar (Celeste) (PONTES, 2009, p. 56).

Celeste continua tentando engravidar.

## Caso 5 - Susana Gabriel

Vivemos pelos sonhos, mesmo quando eles guardam o mistério de todas as coisas e nunca temos certeza de que os podemos tornar realidade. Eu tenho um sonho- o sonho de poder ter uma família numerosa. Acerca de 10 anos quando decidir casar, sonhava com a ideia de entrar na igreja grávida e tinha a persuasão plena de que ninguém perceberia, afinal só faltava dois meses para me tornar esposa do homem que escolhi ter ao meu lado (Susana Gabriel) (PONTES, 2009, p. 58).

Dois meses antes do casamento, ela engravida e realiza seu sonho de engravidar antes de casar, porém, após um mês, começam a aparecer complicações na gestação, como hemorragias. Os médicos lhe comunicaram que o embrião estava com má formação, por isso, deixou de evoluir. Vivenciou isso com indignação e revolta:

Chocou-me a normalidade que a perda do meu filho adquire para os doutores, o meu sonho se dissolvia e eles achavam normal... tive uma noite inexplicável, chorei, deplorei-me, sentia-me ressequir, não dormir na procura de mil e uma explicações para o que estava acontecendo, nunca tinha imaginado que pudesse acontecer tamanha dor comigo, até aquele dia a palavra aborto era estranha para mim (Susana Gabriel) (PONTES, 2009, p. 5).

A equipe dizia que ela era nova e poderia engravidar novamente. De fato, engravidou novamente, mas, após dois meses, voltou a perder o feto e vivenciou esse segundo aborto com culpa. “Me culpei até a exaustão [...] sentia um turbilhão de sentimentos inexplicáveis a borbulhar no meu mais côncavo íntimo, que poderia descrever” (Susana Gabriel) (PONTES, 2009, p. 59).

Seis meses após a segunda perda, Susana engravida pela terceira vez e novamente perde. Vivenciou a terceira perda com ódio e depressão.

Odiei a tudo e a todos pelo o que estava a acontecer novamente comigo, isolei-me até consentir que a depressão fosse a minha melhor guia, apinhava-me de sentimentos demolidores, não sei como ganhei forças para debelar tudo isso (Susana Gabriel) (PONTES, 2009, p. 60).

Após um ano de três abortos, Susana tenta viver sua vida, luta para ter novos objetivos de vida e novamente engravida.

Nove semanas após a quarta gravidez confirmada, ela passa a ter novos sangramentos e lhe é recomendado repouso absoluto. Ficou quarenta semanas em repouso absoluto, mas perdeu novamente. Não há relatos de como viveu.

Pouco tempo depois, engravidou novamente, sua quinta gestação. Com sete semanas e meia, ela é diagnosticada com uma infecção urinária e que feto não estava mais evoluindo. Viveu essa quinta perda como castigo da providência divina.

“Convenci-me de que meu destino era aquele e que Deus me tinha reservado tal provação, talvez para ver aonde eu conseguiria ir, para medir a minha resistência ou até mensurar o meu sofrimento” (Susana Gabriel) (PONTES, 2009, p. 61).

Foi orientada a procurar a medicina de reprodução, o que lhe deu uma nova esperança. O primeiro tratamento foi realizado, mas não deu resultado. Comentou:

O tratamento derrocou o mundo sobre mim, ninguém me compreendia, tudo o que falavam me irritava ainda mais, optei pelo silêncio, por esse quarto escuro onde o grito é abafado, limitado, onde apenas estamos nós para o julgamento, mas com armadilhas e fui capturada, entrei em depressão, fui alienada de tanto sofrimento para me libertar (Susana Gabriel) (PONTES, 2009, p. 61).

Precisou fazer tratamento para a depressão e descobre que está novamente grávida. O feto estava bem, mas existia um descolamento de placenta, precisando fazer repouso. Após meses de repouso absoluto, vem o resultado de que o feto é incompatível com a vida. Revive a dor da perda como se ela tivesse fixando-se nela. “A tristeza domiciliou-se em mim, sabia que a melhor decisão era por termo à gravidez, mas o que faria com todo aquele amor que explodia do meu peito?” (Susana Gabriel) (PONTES, 2009, p. 62).

Foi induzida a um parto normal e descobriu que o feto era de uma menina. “Dor que eu sinto hoje é diferente, o sentimento de perda é maior, mas estou confiante de que vou conseguir o meu final feliz com esse meu sonho, vindo das minhas profundas raízes” (Susana Gabriel) (PONTES, 2009, p. 62).

Mesmo depois de seis abortos, Susana não desiste de engravidar e aguarda o seu final feliz.

## Caso 6 - Carla Correia

Desejava engravidar, esperou e consegue realizar seu sonho. Cheia de alegria e expectativas viveu os dias, porém, quase dois meses depois, recebe a notícia dos médicos de que o feto parou de crescer. Ela relata:

Jamais irei esquecer a expressão, aquele olhar da médica, o silêncio que gritava por palavras, o monitor que se afastava para eu não ver e a frase não tenho boas notícias para vocês ecoa de forma tão sonora ainda, gelei e sentir uma dor atroz o meu bebê tinha parado de se desenvolver perto da nona semana, como não dei conta, já estava com doze (Carla Correia) (PONTES, 2009, p. 62).

Na mesma noite, seu filho não estava mais em seu corpo. Diz Carla:

Ele deixou o corpo que cerrava em cativeiro, sem deixar vestígio da sua fugaz existência, no entanto em mim um vestígio significativo: o vazio que eu sinto, possuo uma cova, cheia de nada, dentro de mim. Como é que se dissolve? E uma próxima gravidez, como gerir os medos? Aos poucos estou a fazer as pazes comigo (Carla Correia) (PONTES, 2009, p. 64).

Carla retrata como tem tentado sobreviver à tristeza de não ter seu filho nos braços e a tristeza que sua família também sente, principalmente sua mãe e irmã.

Relata que percebe que não conseguia dizer em voz alta que perdeu o seu filho. Cada vez que vê uma gestante; sente uma amálgama de sentimentos contraditórios, mas diz que uma mulher que engravida e dá à luz a um bebê saudável recebe uma dádiva.

A dor vivida transformou em esperança de uma nova gravidez, porém com medos. Sua vivência é compartilhada com a família.

## Caso 7 - Ana Felipa Henriques

Desde muito cedo o instinto maternal entrou na minha vida, talvez devido ao contato com crianças e por ter sido madrinha de batismo desde muito cedo. Casamo-nos, já com planos de ter filho. Tudo parecia correr muito bem e engravidamos facilmente em agosto de 2005, casados há mais de um ano. Os planos aglomeravam-se nas nossas conversas, as expectativas tornaram-se no brilho que nos alumia os sonhos, imaginávamos o sexo, os nomes, o quarto (Ana Felipa Henriques) (PONTES, 2009, p. 74).

Relato de Ana cheio de expectativa e confiança. Contudo, Ana Felipa e seu marido se deparam com a dificuldade de conceber uma criança. Somente oito meses depois consegue que o teste de gravidez seja positivo. Dois dias após a confirmação da gestação Ana sofre um aborto e se dá conta de que não será fácil realizar o seu desejo.

Nessa altura passei a ter noção que o caminho seria mais difícil do que pensávamos. Mas não desistimos, continuamos a fazer de tudo para que nosso bebê chegasse. Durante muito tempo esquecemos o que era vivermos felizes com a nossa vida, para centrarmos todos os nossos esforços em gerar o desejado filho, que esperávamos com tanto amor (Ana Felipa Henriques) (PONTES, 2009, p. 74).

Em dezembro de 2006 acontecia segunda gravidez. Desta vez eles ficaram mais ponderados devido à desilusão passada. Natal, época importante para Ana, ela passou triste, desanimada, sentindo um vazio que os outros não sabiam o porquê, mas, naquela mesma manhã, tinha ela tido perda de sangue. A perda se concretizou mais uma vez.

Sentia-se esvaziada, impotente perante os acontecimentos, o tempo escorria entre os seus dedos e nada podia ser feito. Experimentou tristeza e revolta: “aquele olhar de tristeza, sem dizer nada para não magoar ninguém, a deixava-me ainda mais triste e zangada com a vida. Porque nós? Estávamos casados” (Ana Felipa Henriques) (PONTES, 2009, p. 75).

Esperava que o ano novo trouxesse a esperada felicidade, mas ela relata que não sabia que ele se revelaria um dos piores anos de sua vida, se não fosse o pior.

Em abril de 2007, ela engravida novamente, marca o médico, no mesmo dia, ocorre um sangramento; que é controlado por medicação. Uma semana se passa e um novo sangramento, daí vem a triste notícia: o feto parou de evoluir como deveria, mas o médico a manda de volta para casa dizendo que voltasse em uma semana para ver se haveria alguma melhora. O feto parou na oitava semana, mais uma vez, perde seu filho.

Pelo fato de precisar fazer uma curetagem, teve que permanecer no hospital.

Foi insuportável a dor que eu senti quando soube, estava sozinha e fui deixada em uma cadeira no corredor do hospital, a espera de uma enfermeira para me preparar para a curetagem, falei com meu marido pelo celular, mas por breves minutos não disse nada, só

conseguia chorar e pensar em quão destroçado estaria ele, apesar de demonstrar ser forte para me apoiar.[...] Depois de algumas horas estivemos juntos, chorei como nunca tinha chorado, volto a chorar agora que me lembro e revivo sentimentos, porque a dor ainda é muito forte, queria dormir durante uma semana, um mês, isolar-me do mundo. Passamos por tudo isso sem nenhum acompanhamento psicológico, apesar de todo o carinho que recebi dos médicos e equipe de enfermagem, sentia-me desamparada, ninguém entendia a minha dor (Ana Felipa Henriques) (PONTES, 2009, p. 75).

Neste momento, o casal se inscreveu para um programa de infertilidade, mas teve que enfrentar uma longa espera para as consultas. Antes disso, Ana voltou a engravidar. Foi medicada para evitar a perda do feto, porém, com cinco semanas e meia, ele parou de evoluir. Novamente teve que ser submetida à curetagem.

Em dois anos, quatro perdas, cada uma mais devastadora que a outra. Começaram as consultas de infertilidade no Hospital Santa Maria (HSM), em Lisboa.

Em junho de 2008, surge uma possível causa dos seus abortos, a resposta veio da genética, uma translocação Genética poderia ser a base do problema: ela poderia conseguir ter uma gestação normal ou nunca conseguir. Segundo Ana Felipa, isso foi dito com muita frieza. Relata ela:

É uma 'seleção natural'. Mas uma vez isso foi dito com uma frieza, a realidade nua e crua. Sou forte ou tento ser, mas essa frieza me corroi por dentro perante tanta indiferença. A geneticista explicou os termos técnicos, o médico especialista em infertilidade limitou-se a dizer que deveria ir tentando e que desse notícias quando engravidasse e o sofrimento, a desilusão, o desconcerto psicológicos a que nos submetemos a cada perda, o que faço com isso?(Ana Felipa Henriques) (PONTES, 2009, p. 76).

O casal ainda convive com o fantasma da infertilidade, quando menos esperam, ele surge para assombrar a relação como em um sorriso de uma criança que passa. É então aconselhada a fazer uma amniocentese para descobrir pistas dos defeitos genéticos, mas ela relata que não sabe se conseguirá conviver com o medo de uma possível gravidez, de gerar um filho com deficiência.

Neste momento, o casal considera a possibilidade de uma adoção, que curiosamente sempre esteve nos planos do casal, para um segundo filho, e que agora se transformou em primeira, e talvez única, forma de maternidade.

O futuro não conhecemos, não ponho de parte novas tentativas, mas não agora, porque existem feridas que não são saradas, que quando menos espero teimam em doer e fazer-me lembrar que passamos. Sobreviveremos? (Ana Felipa Henriques) (PONTES, 2009, p. 77).

Resolvem partir para a adoção, vale salientar que essa vontade já existia, agora talvez única opção.

### **Caso 8 -Ana Sofia Caniço**

Em janeiro de 2007, Ana Sofia já havia passado por quatro procedimentos para estimulação ovárica para engravidar, mas sempre dando negativo. Comenta Ana Sofia:

Nessa altura tentamos nos convencer de que nada vai dar certo, para que a tristeza e a sensação de perda de algo que não sabemos explicar, pois a realidade nunca existiu, não sejam tão maiúsculas. A ironia é que não conseguimos deixar de ter esperança e mesmo a espera do insucesso não diminui a dor (Ana Sofia Caniço) (PONTES, 2009, p. 99).

Antes dessas tentativas, Ana teve duas gestações que terminaram em uma curetagem e uma gravidez não evolutiva “pensava muito nos meus dois filhos que tinha perdido (ainda penso), nas experiências não vividas. Achava ingenuamente que já tinha passado por muito, que já tinha sofrido demasiado e que as coisas tinham de melhorar” (Ana Sofia Caniço) (PONTES, 2009, p. 99).

Em fevereiro, eis que chega a notícia de uma nova gravidez:

Não vou dizer que a alegria desse positivo fosse imensa (uma força oprimia), que o meu marido me abraçava com tanta força que sufocava-me ou que foi o momento mais feliz da nossa vida, porque esse era um pretérito vivido num presente de uma gravidez inédita (Ana Sofia Caniço) (PONTES, 2009, p. 100).

Não contaram para ninguém dessa nova gestação para não gerar mais expectativas. Com seis semanas, surge um sangramento que os convence de que tudo está perdido. Ana teve que ficar de repouso por sete dias para poder fazer a ecografia.

A ecografia mostra que há vida, uma onda de alívio percorre a alma de Ana, mas teve que ficar de repouso e com ecografias mais frequentes para maior controle. Dias mais tarde, o médico diz que a gravidez é trigemelar na véspera do seu 29º aniversário.

Não digo que não me assustei, pelos riscos que corríamos e pela apreensão de perde-los, sabia de riscos de gêmeos durante a gravidez, e com três os riscos eram maiores ainda. Tudo era motivo



de medo, cada ida ao banheiro fazia-me gelar (Ana Sofia Caniço) (PONTES, 2009, p. 101).

Sabia que não seria uma gestação fácil e que, no final, teria que passar por incubadora, mas não esperava um final tão curto.

Sempre que ia ao banho, um pequeno sangramento estava presente, mas nesse dia não. Um medo irracional assombrou-a de que algo não estivesse correto. À noite, quando foi dormir e seu marido acariciava-lhe a barriga, teve medo de ser a última vez que dormiam os cinco juntos, estavam apenas quatro.

Ao chegar ao hospital, o médico detectou que algo estava estranho, um medo irracional lhe atingiu: “sem encontrar termos mais dóceis, mas um esforço doloroso de apaziguar a situação” (Ana Sofia Caniço) (PONTES, 2009, p. 99). Seu corpo se encontrava em trabalho de parto que avançava rapidamente, apesar de poder recorrer a cerclagem (cosimento do colo do útero), mas seu corpo não responder porque já um dos fetos estava prestes a nascer. Observa Ana Sofia: “lembro-me do olhar que trocamos por debaixo da interrogação: vou perder os três bebês? E guardava a resposta trucidante: é bem provável. Cai em um pranto sem fim” (Ana Sofia Caniço) (PONTES, 2009, p. 103).

Ana é levada para o bloco cirúrgico para fazer a cerclagem. No final do procedimento, ainda bastante dopada pela anestesia, escuta uma voz lhe dizer que ainda tem duas crianças para ela cuidar, retiraram o bebê que estava prestes a nascer por uma cesariana, porém os outros corriam perigo de vida.

Ana passa a ter dormência nas pernas, ter que fazer transfusão de sangue diariamente. Durante três dias não parava de vomitar e a também correr risco de vida para manter a gestação. Ninguém sabia porque ela vomitava, parecia que tudo queria sair de dentro.

À noite, tinha dores abdominais, vômitos constantes ocasionando nela medo que os outros filhos fossem as próximas vítimas.

Na quarta madrugada, Ana sofria com falta de ar, os rins, aos poucos, paravam de funcionar, chegando a pensar que seu corpo estivesse desistindo. Os pulmões se encharcavam de soro e medicamentos que o corpo não mais expelia, foi ligada ao oxigênio. Com o passar dos dias seu organismo começou a reagir, mas o médico alertou que teria que ficar de cama até a hora de ter os bebês. Apesar de

tudo, Ana estava cada vez mais confiante, porém, na madrugada do mesmo dia, começou a ter dores abdominais.

O espaço entre a sensação de empedramento e a normalidade era reduzido, comecei a me assustar, as dores não paravam e o medo, quanto medo, voltava com força. No começo do dia fiz uma ecografia mostrava os meus dois filhos devoradores da sua oportunidade, nesse começo de dia. Foi última vez que os vi (Ana Sofia Caniço) (PONTES, 2009, p. 105).

Fazia apenas 6 dias da cirurgia e o útero se recuperava e as dores eram muito mais intensas que da primeira vez, e os médicos deram o seu veredito, apesar da vontade de Ana de esperar as contrações passarem, até o momento que ela não aguentou mais, sabia que corria risco de vida. Apesar do medo de morrer, queria os seus filhos, eles nasceriam para a eternidade.

No fim da tarde, Ana foi encaminhada para o bloco cirúrgico para interromper a gestação. Ela comenta:

“Fiz a última festa com a minha barriga e adormeci [...] ao acordar estava no meu aquário dos cuidados intensivos com o meu médico e meu marido ao meu lado [...] salvaram meu útero agora esperar 18 meses até uma possibilidade de gravidez” (Ana Sofia Caniço) (PONTES, 2009, p. 106).

Treze dias de internação, ao voltar para casa, Ana se sente oca, não conseguia dormir.

Hoje passados 16 meses, a dor não chega a ser insuportável, tento aprender com a ausência dos meus filhos, embora a saudade seja muito grande e as ideias de tudo que deveria ser vivendo tenha se alojado num presente diário, nunca os esquecerei [...] aos dezoito meses de hiato estão prestes a acabar e em breve tentarei a fertilização in vitro (FIV), tenho vários degraus para subir e irei subir com o meu marido ao lado, sobreviveremos juntos a perda de 5 filhos que aferrolhamos para sempre no nosso coração, mas preciso acreditar que um dia vamos ter os bebês nos braços (Ana Sofia Caniço) (PONTES, 2009, p. 107).

E assim continua Ana Sofia a tentar engravidar, apesar das perdas, do sofrimento e dos riscos.

## **Caso 9 - Silvia Brites**

Em 2004, Silvia sentiu fortes dores no abdômen, apesar de os médicos disserem que não era nada, procurou outros e chegou o diagnóstico: endometriose.

Relata Silvia “que palavra cruel para quem quer ter um filho, esse nome não se encaixa nas nossas vidas” (Silvia Brites) (PONTES, 2009, p. 131).

Após um ano de diversos tratamentos, recebe o veredicto: não poderá ter filho de forma convencional, só com fertilização in vitro (FIV). “Algo terrivelmente destruidor me aspirava a pouca benignidade que sentia cá dentro, essas três letras FIV, representavam o mais cruel e artificial ato de concepção” (Silvia Brites) (PONTES, 2009, p. 131).

Em 2007, ela consegue engravidar de gêmeos monozigotose. E pensa: “como é possível, meu Deus, estamos a ser recompensados com tamanha felicidade” (Silvia Brites) (PONTES, 2009, p. 131).

Com 16 semanas, com aparentemente tudo tranquilo com a gravidez, Silvia vai fazer uma ecografia para saber o sexo dos bebês, eis que descobre uma Síndrome de transfusão feto-fetal (STFF). Silvia recebe o diagnóstico com desconfiança e preocupação.

Desde o início não gostamos da cara do médico, espelhava certa preocupação, passei a fazer perguntas e engolir em seco, via-se claramente que algo não estava bem. Começou a dizer que um dos bebês não se mexia e que o outro tinha bastante líquido amniótico, estava muito agitado, não queríamos acreditar que algo de errado estivesse a acontecer, estávamos agora a acreditar na nossa gravidez e a vivê-la intensamente, a afastar o fantasma da infertilidade (Silvia Brites) (PONTES, 2009, p. 132).

Vários exames foram feitos e o diagnóstico do médico foi que era muito grave e Silvia precisava ser transferida para a capital a fim de submeter-se a um procedimento cirúrgico para tentar salvar os seus meninos.

Durante a cirurgia, Silvia estava bastante dispersa, mas podia perceber que não viam a totalidade da placenta e os meninos estavam muito distantes um do outro, o que tornava tudo mais complicado.

Enquanto tudo se passava ao meu redor, sentia-me impotente, vendo mexerem-me nas minhas entranhas, tocarem nos meus filhos sem conseguir responder, pelos palavrões e sopros dos médicos, percebia o pior. Resolvi fechar os olhos e imaginar-me com meu marido e o nosso pequenino a fazer uma roda na praia, felizes, a cantar e a sorrir muito, tinha cabelos encaracolados como o pai, as vezes aparecia o irmão outro não [...] (Silvia Brites) (PONTES, 2009, p. 133).

No final, com várias dores e medos, pois não sabia quantos vasos da placenta haviam sido cortados, a certeza de que um dos fetos não havia resistido.

Vários exames foram feitos e o outro feto não apresentava problemas. Devido ao fato ocorrido, o feto tinha a probabilidade de risco de não ser portador de sequelas, sobretudo neurológicas, de 50%.

Sempre que se fazia uma ecografia, o casal era obrigado a ver dois bebês um vivo e o outro morto. A gravidez tornou-se um pesadelo para o casal e assim comenta Silvia: “Num gesto destruiu-se um sonho, se fossem cinco filhos queríamos todos, que dor insuportável, o pesadelo só estava no começo” (Silvia Brites) (PONTES, 2009, p. 133).

Um dia, quando achava que o pior já havia passado, Silvia foi tomar banho e sentiu um líquido transparente nas pernas, Segundo ela:

Foi muito rápido, quando dei por mim estava na urgência aos gritos, a bolsa tinha rebentado. Nunca vou esquecer aquele líquido semitransparente, quente, a escaldar-me o corpo e a incinerar-me por dentro, o meu sonho estava preste a render-se a natureza, em atitude de completo massacre (Silvia Brites) (PONTES, 2009, p. 134).

Decidida que não era a hora, apesar de o bebê estar quase sem líquido amniótico, seu útero selava a passagem e as contrações adiantavam o curso final dessa história. Foram 10 dias de cama, sem poder movimentar-se, 10 dias de esperança, angústia e desespero. Ao seu lado, havia uma gestante reclamando da troca da data da sua cesariana, enquanto ela observava tristemente que as outras gestantes tinham uma barriga maior que a sua e elas podiam movimentar-se.

O bebê seguia resistindo, apesar de saber que ele não resistiria mais novas intervenções. Surgiu a oportunidade de retirar as plaquetas sanguíneas, introduzi-las na barriga e esperar que elas fechassem a ruptura da bolsa, uma técnica nunca utilizada no hospital. As chances eram pequenas e os riscos grandes. Efetivamente, a bolsa começou a fechar, o líquido a aumentar, mas o coração do bebê, devido a todo sofrimento, deixou de bater. Precisou induzir o parto.

Fui para uma sala de dilatação, onde o fim exerceu a sua autoridade, apesar do meu marido sempre ao meu lado, não havia lugar para palavras, apenas um olhar triste e profundo de pura angústia, por trás do silêncio, conseguimos ouvir um parto do princípio ao fim, os gritos da mãe, o choro do bebê, a alegria do pai... e o meu sonho estava ali, mas não em mim [...] por fim a dor foi insuportável, a parteira anunciando que meus bebês estavam a sair, um momento que sempre desejei em toda a minha vida, mas não assim, em meio a descontrolo, sofrimento e força física, nasceram os meus bebês, mas não choraram como os outros; um profundo silêncio de dor e o

desejo absoluto de partir com eles.É indescritível a dor da perda, só restam o vazio e a saudade, a própria infertilidade agora passa a ter OUTRO sentido. Toda a equipe médica ficou muito emocionada com a nossa história, despediram-se de nós com a convicção de que voltaríamos e sairíamos com um final feliz, com essa história perdi a capacidade de sonhar, sei que o tempo vai ajudar a amenizar a dor, mal algo em mim mudou para sempre.Enfrentar o mundo é a segunda parte do pesadelo: alguns são mais insensíveis, outro curiosos, outros compreensivos, mas quase todos cravam-nos verdadeiras facas em forma de palavras.Hoje ainda procuro meus filhos nas ecografias e por momentos ainda os consigo ver. Por vezes sinto que eles estão comigo para além da baú fechado com as coisinhas deles ao fundo de um quarto . Dizem que um sofrimento nos torna mais capazes eu não sei, mas quero acreditar que a razão de todo esse nosso perder vai anunciar um castelo onde reinará o nosso sonhar (Silvia Brites) (PONTES, 2009, p. 134).

Mais uma história de que a esperança não morre, o desejo de gerar permanece.Essas histórias de dor, sofrimento e riscos, mas, ao mesmo tempo, de persistir o desejo de engravidar nos contam muito mais do que a força do desejo de ter um filho.

O quadro 1 apresenta, sucintamente, os depoimentos das mulheres analisadas.

## CAPÍTULO II DESEJO DE TER FILHO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a infertilidade como um problema que afeta homens e mulheres em todas as partes do mundo. Segundo o Manual da OMS sobre Padronização de Exames e Diagnóstico da Infertilidade em Casais, a cada ano surgem 2 milhões de novos casos de infertilidade, e cerca de 8% dos casais apresentam algum problema de infertilidade durante sua vida reprodutiva, sendo que os fatores femininos e masculinos contribuem igualmente com uma taxa de 35% cada; 20% se referem ao conjunto de fatores masculinos e femininos e 10% são por causas inexplicáveis. Isso representa uma pressão significativa nos recursos financeiros dos sistemas de saúde. (FARIA; GRIECO; BARRO, 2012).

Como vimos anteriormente (ver na pag 14), a OMS distingue a infertilidade da esterilidade. O primeiro caso abarca várias possibilidades de disfunções dos órgãos reprodutores que diminuem as chances de engravidar ou de manter a gestação.

Desde o início dos tempos, a humanidade retrata a importância da fertilidade, como se observa, por exemplo, as pinturas rupestres que já retratavam mulheres como representantes da fertilidade e prosperidade. Os povos antigos viam, na fecundidade da terra e de todas as espécies, um único fenômeno, regido pela vontade divina. A fecundidade eterna da terra e das diversas espécies representavam a esperança para os povos, já a esterilidade se apresentava como imagem da morte. Alguns textos bíblicos mostram bênção e fertilidade como palavras sinônimas, assim como maldição e esterilidade. Neles, nem adultério nem incesto são considerados crimes quando sua finalidade é remediar a esterilidade. A mulher infecunda era excluída do convívio social, que a identificava como inútil ao seu povo. Assim, a infertilidade não era apenas uma falha da natureza, mas algo que atenta contra a ordem estabelecida, fato questionador da veracidade das representações da feminilidade dominantes na cultura(CUNHA; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2008).

Kitzinger, em um estudo antropológico sobre a maternidade, relata que, em algumas tribos africanas, a importância atribuída à fertilidade era demonstrada pelas estratégias utilizadas pelo casal: se o marido fosse impotente, a mulher era incentivada a manter relações sexuais com parentes e amigos até que

engravidasse; se a mulher não engravidava, encontrava-se outra que pudesse ter filhos “em seu nome”. Na antiga cultura hebraica, era permitido ao homem que se divorciasse caso a mulher fosse estéril e que a trocasse por outra quando a primeira envelhecesse. Nos estudos históricos e antropológicos, raramente se encontram referências à infertilidade masculina, o que sugere que os problemas reprodutivos do casal têm sido, desde sempre, atribuídos às mulheres, engendrando metáforas e simbologias pejorativas e humilhantes, principalmente nas sociedades patriarcais (KITZINGER, 1978).

Devido a toda essa expectativa da fertilização, desde o início das sociedades humanas, as pessoas acabam gerando expectativas, desde muito cedo, de formar uma família, tornando-se assim, para muitos, um projeto de vida: crescer, encontrar um par amoroso e com ele dar início a uma nova família, e nesse contexto, diferentes motivações podem dar origem ao desejo de ter um filho.

A sociedade ocidental passou por várias transformações com a entrada da mulher no mercado de trabalho, com a revolução feminista e com o controle do estado sobre a natalidade.

O plano de construir uma família foi apenas adiado, já que as mulheres primeiro investem na qualificação profissional. O desejo de ter filho permanece forte nas famílias tradicionais e cresce no seio de famílias constituídas com novos arranjos.

No caso das mulheres selecionadas do livro *Maternidade Interrompida*, percebe-se que ter filho é um ideal de vida. Vejamos alguns depoimentos.

Vivemos pelos sonhos, mesmo quando eles guardam o mistério de todas as coisas e nunca temos certeza de que os podemos tornar realidade. Eu tenho um sonho- o sonho de poder ter uma família numerosa. Há cerca de 10 anos quando decidir casar, sonhava com a ideia de entrar na igreja grávida e tinha a persuasão plena de que ninguém perceberia, afinal só faltava dois meses para me tornar esposa do homem que escolhi ter ao meu lado (Susana Gabriel).

Desde muito cedo o instinto maternal entrou na minha vida, talvez devido ao contato com crianças e por ter sido madrinha de batismo desde muito cedo. Casamo-nos, já com planos de ter filho. Tudo parecia correr muito bem e engravidamos facilmente em agosto de 2005, casados há mais de um ano. Os planos aglomeravam-se nas nossas conversas, as expectativas tornaram-se brilho que nos alumia os sonhos, imaginávamos o sexo, os nomes, o quarto (Ana Felipa Henriques) (PONTES, 2009, p. 58; 74).

Desejar ter filhos, mas deparar-se com uma impossibilidade nesse processo, realizada uma gama de sentimentos que internalizam a mulher e o casal, como medo, ansiedade, tristeza, frustração, desvalia, raiva, culpa, depressão, vergonha. São os sentimentos mais relatados, desencadeando, por vezes, quadros de estresse importantes. A situação de infertilidade é capaz de provocar efeitos devastadores tanto na esfera individual como conjugal e desestabilizar as relações do sujeito com seu entorno social, podendo ocasionar um decréscimo na qualidade de vida. Como vimos nos depoimentos de Susana:

Chocou-me a normalidade que a perda do meu filho adquire para os doutores, o meu sonho se dissolvia e eles achavam normal... tive uma noite inexplicável, chorei, não dormi na procura de explicações para o que estava acontecendo, nunca tinha imaginado que pudesse acontecer tamanha dor comigo, até aquele dia a palavra aborto era estranha [...].Me culpei até a exaustão [...].Sentia um turbilhão de sentimentos inexplicáveis a borbulhar no meu mais côncavo íntimo, que poderia descrever (Susana Gabriel).

Para Ribeiro, o desejo das pessoas em se tornarem pais floresce através da trama identificatória com os seus próprios pais; e os sentidos possíveis de ser homem e de ser mulher perpassam as funções parentais, previamente conhecida. A capacidade de procriação parece ser um significativo referencial da identidade de gênero, o qual, diante do diagnóstico de infertilidade, exige um importante trabalho de elaboração psíquica para dar conta da possível alteração no projeto de parentalidade (RIBEIRO, 2004).

Diante da perda ou da ameaça de não poder gerar um filho, muitas vezes não se distingue nos casais qual é a causa maior do sofrimento: a ausência do filho desejado ou os sentimentos de fracasso, de perda e de insegurança que invadem o indivíduo nessa situação. A infertilidade é sentida e vivida como um evento traumático para a maioria dos casais, sendo experienciada por eles como o evento mais estressante de suas vidas. A pressão social e parental para a propagação do nome da família coloca um grande peso sobre os casais inférteis. Como se pode observar nos casos analisados neste estudo, a exemplo do que relatam Celeste e Ana Souza.

O meu desespero era titânico, Cativava-me uma revolta ordinária, nessa longa metragem de terror surge o resultado da amniocentese era um menino. [...] tem sido muito duro, muito difícil aceitar, a dor e a angustia (Celeste).



Porque eu? porque comigo? Eu não merecia isso (Ana Souza) (PONTES, 2009, p. 56; 50).

O alto valor colocado na família motiva inúmeros casais a se unirem. A inabilidade para realizar essa tarefa social coloca o casal que não consegue conceber sob forte pressão. O conceito de si mesmo se vê constituído sob a égide da desvalia e da incapacidade, chegando os indivíduos a se verem como defeituosos (SEIBEL; CARVALHO, 1998).

Conforme o depoimento de Carla Correia.

Ele deixou o corpo que cerrava em cativeiro, sem deixar vestígio da sua fugaz existência, no entanto em mim um vestígio significativo: o vazio que eu sinto, possuo uma cova, cheia de nada, dentro de mim. Como é que se dissolve? E uma próxima gravidez, como gerir os medos? (Carla Correia) (PONTES, 2009, p. 64).

A infertilidade é considerada por muitas pessoas como uma experiência de dilaceração do ego, caracterizada pelo sofrimento e pelos conflitos pessoais vividos pelos homens e mulheres que atravessam essa situação. A falta da concretização do projeto parental pode levar à ruptura do afeto do casal, colocando-se inferior importância em comparação ao filho tão desejado. A experiência de infertilidade pode gerar culpa e vergonha, como vimos nos depoimentos coletados, muitas vezes produzindo um estigma social, que pode acarretar alienação e isolamento. Também uma acentuada queda na autoestima, carregada de sentimentos de inferioridade. A pergunta é inevitável: porque eu? Por que aconteceu comigo? Assim, a vivência repetida de insucessos na gestação é capaz de configurar quadros importantes de depressão e de ansiedade elevada, podendo desencadear severas perturbações nas esferas emocional e da sexualidade, causando problemas e rupturas nos relacionamentos conjugais (FARINATI; RIGONI; MÜLLER, 2006).

Relatos como os que se seguem são indicativos disso.

O que foi que eu fiz para ter perdido o meu bebê [...] Os meses seguintes foram complicados, inicialmente tentei negar o meu sentimento de perda e depois de oito meses começaram a aparecer sintomas depressivos, por este motivo decidi procurar ajuda especializada. Fiz terapia e entendi que ainda tinha um longo caminho pela frente, voltei a estaca zero, de modo que fosse capaz de sentir o meu luto, de elaborar a minha dor. Essa ajuda foi imprescindível para conseguir dar um lugar no meu coração a perda do meu bebê e preparar-me para uma nova gravidez (Elsa Soares). Tive tempo de penetrar naquele hospital e sentir o meu bebê ceder a decisão da natureza, saiu do meu corpo sem que o pudesse reter, saiu, ali, em frente daquela enfermeira que olhava para aquela cena

dantesca com os olhos empanturrados de vulgaridade. Senti-me imunda [...] (Celeste) (PONTES, 2009, p. 36; 56).

Diversos podem ser os motivos que levam um casal a ter o desejo de gerar um filho, que pode ser: a expressão de um ato criador e produtivo dentro de um vínculo fecundo do casal (condição masculina e feminina fértil) e a experiência ilusória da imortalidade, já que os seus genes serão perpassados. Segundo Freud, desejos de imortalidade, de se aperfeiçoar através do filho, de realizar antigos sonhos e projetos inalcançados podem encontrar-se nas raízes do projeto parental (FREUD, 1914/1996).

Assim como o projeto de parentalidade está ligado a aspectos saudáveis da vida de um indivíduo e de um casal, ele também pode ser buscado como saída para a resolução de conflitos. Por exemplo, um filho pode estar sendo desejado para preencher lacunas na vida dos pais; para tentar salvar o casamento; para evitar a solidão e até mesmo para atender à pressão cultural e familiar, uma vez que filho é visto como um atributo de valor, potência e poder (FARINATI; RIGONI; MÜLLER, 2006).

O contexto reprodutivo é formado de acordo com a história de cada indivíduo a partir de uma constelação de significantes inconscientes, de acontecimentos simbólicos, de elementos imaginários e reais que caracterizam a singularidade e a subjetividade da verdade de cada um. O fato de o desejo de maternidade e paternidade estar intimamente relacionado com as vivências individuais de cada sujeito indica que a experiência emocional da infertilidade terá um caráter eminentemente singular (FARINATI; RIGONI; MÜLLER, 2006).

O desejo de se ter um filho muitas vezes acaba impulsionando o casal a procurar realizar seu desejo através de tratamentos que combatem a infertilidade, que, por sua vez, pode ser longo e desgastante, e inclui diversos exames para a investigação de suas causas, entre eles, laboratoriais, físicos, ultrassonográficos, além de registro da temperatura corpórea basal, planejamento de relações sexuais, análise do muco cervical pós-coito e coleta de espermatozoide por masturbação, muitos deles invasivos no corpo da mulher e na intimidade do casal.

Quando inicia a busca pelo tratamento da infertilidade, o casal se depara com incertezas quanto ao resultado final e aos riscos para a própria saúde, podendo provocar sentimentos como medo, ansiedade e frustração. Em países em

desenvolvimento, como o Brasil, casais de baixa renda precisam também lidar com o fato de que o acesso a esse tipo de tratamento pode ser bem difícil, pois são poucos os serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os procedimentos de Reprodução Assistida (RA), como a inseminação intrauterina, a Fertilização *in vitro* (FIV) ou a injeção intracitoplasmática de espermatozoide, embora tenham provido muitos casais com uma nova oportunidade para a gravidez, também podem prolongar seu sofrimento e desapontamento, pois não oferecem garantia de sucesso. Assim, o casal percebe os mecanismos utilizados na busca de resolução de seu problema como insuficientes e a ansiedade e a frustração podem ser inevitáveis.

No Caso de Susana Gabriel, ela foi orientada a procurar a medicina de reprodução, o que lhe deu uma nova esperança, o primeiro tratamento foi realizado, mas não deu resultado.

O tratamento derrocou o mundo sobre mim, ninguém me compreendia, tudo o que falavam me irritava ainda mais, optei pelo silêncio, por esse quarto escuro onde o grito é abafado, limitado, onde apenas estamos nós para o julgamento, mas com armadilhas e fui capturada, entrei em depressão, fui alienada de tanto sofrimento para me libertar (Susana Gabriel) (PONTES, 2009, p. 61).

Após o tratamento da depressão, descobre que está novamente grávida. Ele estava bem, mas existia um descolamento de placenta. Após meses de repouso absoluto, eis que vem o resultado informando que o feto é incompatível com a vida. “Atristeza domiciliou-se em mim, sabia que a melhor decisão era pôr termo à gravidez, mas o que faria com todo aquele amor que explodia do meu peito?” (PONTES, 2009, p. 62).

Foi submetida a um parto normal e descobriu que seria uma menina. “Dor que eu sinto hoje é diferente, o sentimento de perda é maior, mas estou confiante que vou conseguir o meu final feliz com esse meu sonho, vindo das minhas profundas raízes” (Susana Gabriel) (PONTES, 2009, p. 62).

No caso de Ana Felipa Henrique, após quatro abortos em dois anos, quatro perdas, cada uma mais devastadora que a outra, começaram as consultas de infertilidade no hospital Santa Maria (HSM), em Lisboa.

Em junho de 2008, surge uma possível causa dos seus abortos: a resposta veio da genética, uma translocação genética poderia ser a base do problema: ela

poderia conseguir ter uma gestação normal ou nunca conseguir, pois decorre de uma “seleção natural”.

Mais uma vez isso foi dito com uma frieza, a realidade nua e crua. Sou forte ou tento ser, mas essa frieza me corroí por dentro perante tanta indiferença. A geneticista explicou os termos técnicos, o médico especialista em infertilidade limitou-se a dizer que deveria ir tentando e que desse notícias quando engravidasse e o sofrimento, a desilusão, o desconcerto psicológicos a que nos submetemos a cada perda, o que faço com isso? (Ana Felipa Henriques) (PONTES, 2009, p. 76).

O casal convivia com o fantasma da infertilidade e que reaparece em momentos mais inesperados, como em um sorriso de uma criança que passava por eles.

Foi aconselhada a fazer uma amniocentese para descobrir pistas dos defeitos genéticos, mas surge o medo de gerar um filho com deficiência.

Tais procedimentos médicos, associados à pressão social da família, amigos e conhecidos, podem gerar consequências psicológicas negativas, tais como aumento da ansiedade, depressão, conflitos matrimoniais, sentimentos de isolamento, raiva, fracasso pessoal, pessimismo, irritabilidade e deterioração do relacionamento sexual.

Em um estudo para analisar características psicológicas e qualidade da relação conjugal de pacientes inférteis, realizado na China por Wang, observou-se que o *stress* relacionado à infertilidade e aos procedimentos de RA tinha um impacto negativo, avaliado por instrumentos psicológicos, sobre a saúde emocional e relacionamento conjugal das pacientes, quando comparado ao grupo controle. Para os autores, que defendem a atenção psicológica no cuidado ao quadro de infertilidade, a idade, a renda anual, a duração da infertilidade e o histórico de fracasso em procedimentos de fertilização têm correlação negativa com a saúde emocional e qualidade da relação conjugal (GORAYEB *et al*, 2009).

Segundo os mesmos autores, as diferenças de gênero no enfrentamento da infertilidade e a associação entre enfrentamento e *stress* psicológico em casais que iriam submeter-se a procedimentos de fertilização em um hospital universitário africano. O trabalho revelou que as mulheres pensavam, mais do que os homens, sobre o que haviam feito de errado para terem esse problema, e relatavam mais

sobre sua dor para outras pessoas. Tais estratégias estavam associadas a um nível de *stress* superior ao dos maridos.

Vimos então que se, de um lado, o desejo de ter filho faz com que as mulheres e os casais arrisquem suas vidas para consegui-lo, o fracasso nessa empreitada produz diversos dados e requer cuidados e acompanhamentos psicológicos especializados, pois não é fácil viver reiteradas perdas e lutos.

### CAPÍTULO III A BARRIGA QUE NÃO CRESCEU... O LUTO

A vida é repleta de incertezas como conseguir o emprego desejado, ter um relacionamento duradouro, ter filhos, entre outros, mas uma certeza todo ser humano tem: da sua morte. Essa certeza o acompanha por toda a vida, e dela queremos nos afastar em pensamento e em realidade. A morte é algo que se espera sem esperar, que se nega falar para não se sentir à margem de um precipício. Mas a morte, como perda maior, é aquilo que nos move na representação da falta. A morte se apresenta como um devir que é adiado pelo viver presente.

A perda faz parte da vida e o conceito de luto descreve as emoções e sentimentos que a acompanham. Diversos são os autores que estudam sobre esse processo vivido pelas pessoas em qualquer época da vida.

Koch, Santos; Santos(2012) colocam que o luto foi primeiramente descrito por Freud como uma perda dolorosa, em que toda a energia é direcionada para pensamentos, sentimentos e atividades que se relacionam com o objeto perdido, traduzido por um processo gradual de afastamento do indivíduo enlutado face ao objeto perdido ou desejado, mas que propicia reviver o passado lidando com as recordações.

Freud, ao explicar o conceito de luto, em *Luto e Melancolia*, entende-o como uma reação à perda, não necessariamente a perda de uma pessoa, mas algo que tenha grande importância para ele. Para o autor, no luto, nada existe de inconsciente a respeito da perda, ou seja, o enlutado sabe exatamente o que perdeu. O luto é um processo lento e doloroso, que tem como características uma tristeza profunda, afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre o objeto perdido, a perda de interesse no mundo externo e a incapacidade de substituição com a adoção de um novo objeto de amor (FREUD [1915-1975], 2011).

No processo de elaboração do luto na perda gestacional, faz-se necessário ressignificar todas as fantasias associadas ao filho biológico, à gestação, à maternidade e paternidade biológica. O fato central é que o vínculo com a criança não começa no momento da gravidez ou do seu nascimento, e sim, anteriormente nas fantasias e significados sobre um filho, nas brincadeiras de criança com as

bonecas, nos desenhos animados e no ambiente familiar internalizado, como modelo mais natural a ser seguido.

O luto, para Bowlby, é estudado através dos tipos de comportamento de vínculo afetivo. O processo de luto é como uma forma de ansiedade de separação, e a teoria do vínculo contribui com uma interpretação teórica para aspectos do luto normal e patológico, no qual, em outras abordagens, não é esclarecido. Essa teoria traz explicações a respeito dos sintomas aparentemente paradoxais encontrados nas sensações de perda. Os sentimentos ambíguos adquiridos refletem a tentativa irracional de manter o vínculo, mesmo que desconsiderando as evidências da realidade. Segundo ele, o luto tem como resposta característica as fases de: torpor ou aturdimento; saudade e busca da figura perdida; desorganização e desespero; e, finalmente, maior ou menor reorganização, ressaltando, no entanto, que tais fases não seguem necessariamente esta sequência, e devem ser compreendidas como padrões de comportamento e não como fases cronológicas (BOWLBY, 1993).

Kubler-Ross (2005), psiquiatra que estudou a morte, coloca que sentimentos como negação, isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação são etapas de um processo de elaboração do luto. Esses sentimentos são bastante variados, em que cada pessoa reage de uma maneira e ordem distinta, com avanços e retrocessos. A insegurança e o sentimento de esperança de que o filho ainda possa chegar (nos casos estudados) estão sempre presentes em todas as etapas vivenciadas pelo sujeito, até que consiga ultrapassar o momento de luto, para que assim consiga visualizar novos investimentos objetivos.

Parkes, em sua contribuição para a teoria do luto, amplia esse conhecimento ao considerar o impacto da cultura no processo de elaboração da perda, ao entender o processo a partir do ponto de vista da psiquiatria das relações sobre desenvolvimento psíquico.

O fato é que o luto pode ser uma reação normal e, até mesmo, esperada diante do rompimento de uma relação significativa, sendo esta a morte, uma aposentadoria, mudanças de modo geral, impactando o indivíduo e a família, muitas vezes em longo prazo, até mesmo trigeracional. Este impacto necessita ser adequadamente avaliado para que sejam identificadas as medidas de intervenção, as quais serão propostas. Estas podem tomar diferentes feições: desde o fortalecimento da rede de apoio social, até processos psicoterapêuticos em longo prazo (PARKES, 1998, p. 10).

Caterina, sobre o processo de luto, refere aspectos já apontados por Freud em 1917 de que, para a conclusão do trabalho de luto, a libido deve ser retirada do objeto perdido (CATERINA, 2007). A terapia se faz necessária neste momento para ajudar no processo de aceitação da perda. Como se pode observar nos casos aqui analisados:

Fiz terapia e entendi que ainda tinha um longo caminho pela frente, voltei à estaca zero, de modo que fosse capaz de sentir o meu luto, de elaborar a minha dor. Essa ajuda foi imprescindível para conseguir dar um lugar no meu coração a perda do meu bebê e preparar-me para uma nova gravidez (Elsa Borges)(PONTES, 2009, p. 37).

Caterina, a respeito do luto, dá o seu ponto de vista falando sobre os efeitos imediatos na saúde do ser enlutado, já que, de acordo com sua experiência e de outros pesquisadores, ocorrem muitas doenças físicas e mentais e têm sido decorrentes, baseando-se em suas observações, devido ao processo de perda aparecendo logo após ela. Ele refere-se a vários tipos de queixas, como por exemplo, colite, palpitação e dores em gerais, encontradas em pacientes que viveram perdas e que, de um modo geral, são desconsideradas pelo clínico psiquiatra por se tratar do desamparo e desesperança que podem ser decorrentes do luto, o qual é o responsável, muitas vezes, pelas doenças físicas (CATERINA, 2007).

O luto é o processo normal, dinâmico e individualizado que abrange os aspectos físicos, emocional, social e espiritual das pessoas que vivenciam a perda de alguém ou algo significativo. Surge como uma resposta universal, inerente a qualquer idade e cultura. É uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido e a sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência da perda.

Pode-se caracterizar o luto como uma perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto, por isso pode-se considerar que o luto é um fenômeno mental natural e presente durante todas as etapas do desenvolvimento humano.

Já no luto patológico, a libido (que deveria ser deslocada para outro objeto) permanece orientada pelo próprio ego, produzindo assim a identificação com o objeto. Quando isso não ocorre, é como se a sombra do ego caísse sobre ele mesmo (ego).



Segundo Campos, o luto patológico se dá através da energia libidinal que se cronifica e cristaliza, tendo-se, um paralelo com a patologia melancólica. No caso, a melancolia é uma identificação com o objeto perdido de amor. O objeto perdido é internalizado e identificado com o ego, de tal forma que o amor antes investido no objeto retorna ao ego invertido em seu oposto, ou seja, o ódio pelo abandono do objeto recai sobre o próprio ego do sujeito, daí a famosa frase de Freud de que “a sombra do objeto recai sobre o ego”. Esse ideal de ego inatingível e mortífero é o que causa a autorrecriação do ego, característica distintiva da melancolia em relação ao trabalho normal de luto (CAMPOS, 2013).

A transição para a parentalidade é a construção de uma relação entre o casal e o novo membro que irá nascer, acarretando, assim, grandes esforços e expectativas. Nos casos em que esse processo é interrompido de forma abrupta e inesperada, ocorrem diversas frustrações, como acontece quando uma gravidez é involuntariamente interrompida. Não é só a perda da gravidez, mas também uma série de outras perdas inerentes e com enorme significado: perda de uma pessoa amada, real ou imaginária, perda de autoestima, perda de estatuto (maternidade, mulher), perda existencial (projeto de vida, futuro), como se pode observar nos casos analisados neste estudo.

Tinha 27 anos de idade, namorava há nove anos e morava há seis com o companheiro quando decidiram ter um filho. Ficou grávida na primeira tentativa e ficou radiante com a confirmação da gravidez. Sua irmã também estava grávida com a diferença apenas de quinze dias. Quando foi ao médico e descobriu que seu filho não crescia, fazendo com que ela percebesse que o bebê que carregava estava sem vida ‘ele tinha abandonado o seu corpo e o meu próprio corpo’. De repente, reconhecia-me como a última das mulheres, num mundo em que a maternidade apenas termina dessa forma para as escolhidas, escolhidas por uma dor mortífera, escolhidas por um vazio reentrante, por um vácuo de comoções (Lucia Martins) (PONTES, 2009, p. 32).

A literatura sobre o luto após a perda de gravidez é escassa e, talvez por isso, os resultados evidentes sejam pouco consistentes e claros.

A perda pré-natal foi reconhecida como um evento gerador de luto desde final dos anos sessenta, início dos anos setenta, no entanto, os estudos sobre esse tema só surgiram na literatura em meados dos anos oitenta (KOCH; SANTOS; SANTOS, 2012).

A perda precoce da gravidez tem sido vista como perda perinatal (KOCH; SANTOS; SANTOS, 2012). No entanto, fazer o luto desse tipo de perda é bastante complexo por várias razões. Não existe, por exemplo, uma criança visível para “chorar”, não há memórias nem experiências de vida partilhadas, a morte é súbita, e praticamente não há lugar na sociedade para vivenciar a perda do filho que não nasceu, uma vez que ele socialmente não existe. Nessa situação, o trabalho de luto é para elaborar a perda de um filho imaginário, mas que já tem consistência corporal no corpo da mulher. A supressão de um apropriado trabalho de luto pelas inibições sociais pode levar a um aumento do *stress* e a consequências emocionais a longo prazo (LEE; SLADE *apud* KOCH; SANTOS; SANTOS, 2012).

Diversos são os sentimentos que vão acompanhar o casal e, principalmente, a mulher, nesse processo de perda gestacional, embora tal processo de luto tenha uma estrutura sequencial idêntica ao de outras perdas, essa apresenta algumas especificidades como embotamento emocional, negação, choque, culpa e raiva. Vamos ver, nos trechos abaixo, alguns desses sentimentos serem revelados como: choque, culpa e raivas.

Foi um pesar horrível, sem nenhuma compensação, a não ser a medíocre possibilidade de permanecer viva e recordar (Lúcia Martins).

O que foi que eu fiz para ter perdido o meu bebê (Elsa Borges) (PONTES, 2009, p. 32; 36).

Inveja e ciúmes, direcionado a mulheres grávidas ou mães com bebês, frequentemente evitam o contato com mulheres nessas situações.

Minha sobrinha nasceu, não conseguia sequer pegar nela, o meu filho ocupava-me a mente, queria-o ali, queria-o naquele lugar. Sempre que vejo uma grávida ou um bebê, rememoro o meu passado de uma maternidade violentamente fugaz. Tenho 28 anos e muito medo (Lúcia Martins) (PONTES, 2009, p. 32).

Para Ribeiro (2004), as perdas que acompanham a infertilidade e que precisam ser elaboradas durante o processo do luto são: a perda da capacidade de gerar o bebê, a perda do papel parental, materno e paterno (que pode ser recuperado posteriormente através da adoção), a perda do projeto de família e do sentido de continuidade genética, perda do sentido pessoal de normalidade/igualdade que se rompe com a infertilidade e a perda do sentido

espiritual que se refere aos sentimentos de ampliação, plenitude e justiça (OLIVEIRA *In*: MELAMED; QUAYLE, 2006).

Uma forma de se trabalhar fundamentalmente com mães enlutadas é de assisti-las no processo de aceitação da perda, modificando os padrões de interação e valorizando aspectos produtivos. Desse modo, poderão investir suas emoções na vida e no seu viver diário.

Em Portugal, existe o projeto Artéims, como já foi colocado anteriormente, aqui, em Pernambuco, existe, na Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), o Serviço de Orientação à Filiação Adotiva (SOFIA) que sempre tratou a questão, considerando dois desejos: o desejo de ter um filho e o desejo de engravidar. A opção por adoção parece ser genuína quando o desejo de ter o filho é mais forte que o desejo de engravidar, gestar. Mas isso não é tão fácil, há uma série de elementos implicados e o mais significativo deles é o de elaborar o luto do filho biológico.

O SOFIA foi criado em 2005 e inaugurou uma prática discursiva em torno da prevenção do risco na adoção. É pioneiro, no Brasil, enquanto serviço oferecido por uma Universidade, em integrar o ensino à pesquisa e à extensão sobre a temática de adoção. Ele funciona com uma equipe de psicólogos voluntários, mestrados e doutorandos ligados a Setores de Adoção do Estado de Pernambuco, que desenvolvem pesquisas na Pós-graduação da universidade. O propósito é acolher pais adotivos, candidatos e filhos oferecendo-lhes um espaço para trabalhar mitos e preconceitos, comuns à adoção, e de implicá-los nessa filiação, estimulando a circulação da palavra.

O Serviço se consolida desenvolvendo as seguintes atividades:

- Atendimento psicológico a pais e filhos adotivos, a maioria deles encaminhados pelo Núcleo de Adoção da 2ª Vara da Infância e da Juventude do Estado de Pernambuco.
- Desenvolvimento de projetos de pesquisa acolhe também projetos de mestrado e de doutorado.
- Identificação dos aspectos que põem em risco ou representariam um obstáculo à integração da criança no seu novo quadro familiar.
- Conhecimento de qual o lugar que a criança vai ocupar na economia psíquica dos futuros pais.

- Auxiliar os pais na elaboração do luto da paternidade genética, a fim de poder emergir a disposição de receber uma criança que não será a imagem física deles, mas que terá um lugar de sujeito e fará um laço familiar de valor simbólico.
- Levar os pais adotivos a pesquisarem nas suas histórias de vida e nas transgeracionais da família, a presença do significante “adoção”. Isso tem ajudado, sobretudo, a implicá-los nessa filiação. Importa escutar como cada pai e mãe foi acolhido, na condição de pais adotivos, nas suas famílias de origem, afinal o significante “adotivo” cabe tanto para o filho como para os pais. Significa produzir uma mudança de posição subjetiva do ter para o ser.

É importante lembrar que esse processo é vivenciado a cada perda, independente se foi apenas uma gravidez, uma perda, como no caso da Lucia Martins ou se foram várias perdas como no caso de Susana Gabriel, que vivenciou seis abortos. Em cada vivência, a mulher irá sentir todos esses sentimentos e será importante que, em cada aborto, ela possa elaborar a sua perda, para que o filho (gerado ou adotado) possa ocupar o seu próprio lugar e não o do (s) filho (s) não gerado (s) anteriormente.

## **CAPÍTULO IV RESTAURAÇÃO NARCÍSICA APÓS O “NÃO GERAR”**

Antes de discutir as possibilidades de restauração narcísica após a perda gestacional, gostaríamos de refletir primeiro sobre a estruturação narcísica do eu em Freud (1914/1996). Freud elaborou duas formas específicas de estruturação narcísica do eu - o narcisismo primário e o secundário. Na primeira das duas formas, a libido se satisfaz de maneira autoerótica e se concentra em regiões ou zonas específicas do corpo da criança e permanece até o momento da constituição ou aparecimento de um Eu, mesmo que ainda minimamente organizado, que poderá vir a ser ele próprio.

Esse Eu, que Freud chama de eu-ideal, é o lugar da onipotência narcísica, da soberania e da perfeição, nele a criança desconhece a experiência da incompletude e o sentido de falta. O que somente virá a conhecer quando se submeter à lei da castração. Após essa passagem, ela passará do eu ideal para o ideal do eu, mas não sem custo e sofrimento.

Para ocorrer a passagem do eu ideal para o ideal do eu, a criança irá necessitar da mediatização de um terceiro para que a sua libido do ego se lance e se projete para os objetos do mundo, vindo a constituir em libido objetal – a qual poderá retornar para o ego, uma vez desvinculada dos objetos, em forma de fantasias inconscientes.

Vale salientar que a passagem do narcisismo primário para o secundário não é uma tarefa fácil psiquicamente. Em decorrência dessa passagem (da onipotência para realidade do mundo), abre-se uma ferida narcísica de cicatrização impossível, porém se tem a fantasia de que, com o nascimento dos filhos, ela será fechada.

O projeto de ter um filho independente da forma (gerado ou não) é repleto de investimento narcísico. O filho acaba tornando-se um projeto de continuidade narcísica: através dele se vê a continuidade genética, sendo uma continuidade atemporal da sua geração. Quando isso não acontece, o casal é impedido dessa realização primordial de continuidade genética, o que pode reativar antigas feridas narcísicas.

O desejo dessa imortalidade já é estudado há bastante tempo. Freud (1900/1980), ao fazer uma análise do caso do sonho de Irma, ele coloca que o desejo da imortalidade é bastante comum, quase visceral. Desejar conceber um filho é poder ver uma parte de si mesmo em outro ser e ver traços do seu amado. O desejo de imortalidade do Eu se estende à imortalidade do casal. Sendo assim, quando um casal deseja ter um filho, esse desejo está a serviço do narcisismo.

Tais feridas, muitas vezes, são acompanhadas por sentimentos de inferioridade e vergonha diante dos casais férteis.

A baixa autoestima de casais que enfrentam a não conclusão de uma gestação está muitas vezes ligada as suas feridas narcísicas (RIBEIRO, 2004).

De repente, reconhecia-me como a última das mulheres, num mundo em que a maternidade apenas termina dessa forma para as escolhidas, escolhidas por uma dor mortífera, escolhidas por um vazio reentrante, por um vácuo de comoções (Lucia Martins)  
O que foi que eu fiz para ter perdido o meu bebê (Elsa Soares)(PONTES, 2009, p. 32; 36).

Freud, em seu texto no ano de 1914, já chama a atenção para a importância da autoestima na libido narcísica.

Tudo o que uma pessoa possui ou realiza, todo remanescente de sentimento primitivo de onipotência que sua experiência tem confirmado, ajuda a aumentar a sua auto-estima[...] devemos reconhecer que a auto-estima depende intimamente da libido narcísica (SEVERIANO, 2007, p. 132).

Ainda em 1914/ 1996, Freud ressalta, em uma *Introdução ao Narcisismo*, a importância que assume o filho, sendo um projeto narcísico por excelência. Os pais depositam no filho as aspirações, suas frustrações e suas renúncias. O filho implica a possibilidade de transcendência, além de ser um representante da sobrevivência dos ideais coletivos do grupo social em que está inserido.

Quando a impossibilidade de gerar um descendente acontece, há uma ruptura desse filho idealizado, causando um intenso sofrimento, devido à impossibilidade de conceber. Segundo Ribeiro (2004), a impossibilidade da concepção de um descendente pressiona o Eu em seu ponto mais vulnerável: sua finitude (RIBEIRO, 2004).

Ainda há outras feridas narcísicas a serem consideradas, além da impossibilidade de uma imortalidade através de herdeiros biológicos, que é a realização de um antigo desejo do ser humano, de ser como os pais, como os seus

próprios pais, devido à identificação com as figuras parentais que se dá desde o início da vida. Considerando que um dos enigmas que a mente infantil vive diz respeito à origem dos bebês, remetendo assim à sua própria origem, como a função materna e paterna que seus pais exerceram, fazendo com que o filho biológico tenha suas raízes, muitas vezes, ligadas à própria origem do sujeito, revivendo no filho tão desejado a fantasia do desejo do seu próprio nascimento (RIBEIRO, 2004).

Pensando nessa questão, a infertilidade coloca o casal em mais uma perda narcísica, que é a impossibilidade de gerar seus próprios filhos.

Foi observado nos diversos estudos que o diagnóstico de infertilidade pode ser desestruturante e pode levar o casal à separação após a tentativa frustrada de gerar seu descendente, podendo fazer que um parceiro culpe o outro pela privação desse filho idealizado.

No caso de Lúcia Martins, estudado neste trabalho, pode-se observar bem como a frustração dessa impossibilidade de um dos parceiros (no caso ela) de gerar prejudicou o relacionamento do casal. Com a possibilidade de um cancro, Lúcia teve de se submeter a uma sessão de quimioterapia. Não teve apoio de seu companheiro. Começou acompanhamento psicológico e um mês após o acontecimento, seu companheiro terminou a relação.

Em cada perda gestacional, um processo de luto deverá ser instaurado, pela perda da possibilidade de conceber um filho que seja portador de sua carga genética. Na tentativa de elaborar este luto, alguns casais podem redirecionar o projeto do filho biológico, para outras formas de realização da maternidade e paternidade.

Uma das formas de se buscar uma reparação autêntica que resulta, muitas vezes, da elaboração do luto pela impossibilidade de gerar, é através da adoção em que não se transmitirá a carga genética para uma próxima geração, porém poderá se transmitir um patrimônio cultural e psíquico. Contudo, se a pessoa utilizar a adoção como um mecanismo de defesa (ex. negação das dificuldades ou dos sentimentos de fracasso do casal), certamente ela correrá sério risco de não ser bem sucedida.

Para que a adoção seja, de fato, constituída, é importante que os pretendentes tenham um tempo de preparação e de construção da imagem da criança que se espera, como ocorre também nos nove meses de gestação de um bebê, em que se

criam fantasias, expectativas e projetos em relação a ele, tanto conscientes como inconscientes.

Em um dos casos estudado neste trabalho, o de Ana Felipa Henriques, o casal passa a considerar a adoção como um meio para vivenciar a maternidade e a paternidade, após o diagnóstico de possível incompatibilidade genética entre o casal, recebendo o conselho de continuar tentando até conseguir levar uma gravidez até o fim, porém o medo de ter um filho com deficiência passa a povoar os pensamentos deles, fazendo o casal considerar a possibilidade de uma adoção, que, curiosamente, sempre esteve nos planos para um segundo filho. Longe estavam de saber que esta poderia ser a primeira e única forma de maternidade.

É importante salientar que a ferida narcísica vivida pelo casal, e não elaborada, pode-se apresentar, por meio de uma esperança de compensação em um filho adotivo, que ele ocupará o lugar daquele que tem a missão de ressarcir seus pais pelas perdas de aspectos de seus narcisismos. Dessa maneira, é importante fortalecer nos pais a convicção de que a criança adotada não deve ocupar o lugar do filho não gerado. Essas fantasias se dão fundamentalmente de forma inconsciente e podem ser consideradas substitutas dos sentimentos depreciativos dos adotantes, em função da sua impossibilidade de gerar. (GHIRARDI, 2008).

Os casais que não conseguem elaborar a impossibilidade de gerar e não pensam na possibilidade da adoção, continuam tentando outros meios de conseguir obter o tão sonhado filho biológico. Normalmente, procuram clínicas de reprodução assistida para permanecer na esperança de uma possível não infertilidade, mesmo que tenham passados por gestações de alto risco. Como se pode observar nos casos analisados neste estudo.

Hoje passado 16 meses, a dor não chega a ser insuportável, tento aprender com a ausência dos meus filhos, embora a saudade seja muito grande e as ideias de tudo que deveria ser vivido tenha se alojado num presente diário, nunca os esquecerei [...] aos dezoito meses de hiato estão prestes a acabar e em breve tentarei a fertilização in vitro (FIV), tenho vários degraus para subir e irei subir com o meu marido ao lado, sobreviveremos juntos a perda de 5 filhos que aferrolhamos para sempre no nosso coração, mas preciso acreditar que um dia vamos ter os bebês nos braços. (Ana Sofia Caniço).



Foi observada, nos diversos casos estudados, a permanência do desejo de gerar o filho biológico, podendo-se considerar que superar o luto e as feridas narcísicas provocadas pela infertilidade não é algo fácil para o casal, mas que deve, sim, ser trabalhado até porque, quando o casal esgota todas as possibilidades, finalmente, percebe a impossibilidade de gerar, será extremamente necessário trabalhar essas questões, caso depois se parta para uma adoção, que seja realizada da forma mais adequada possível.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo do luto é a forma que nós, seres humanos, temos de buscar a cura de uma ferida que se abre, cuja causa é perder entristecer, entre outras marcas muitas vezes significativas em nossas vidas. Confesso que não foi fácil elaborar este trabalho, pois, como relatar a dor, a perda na vida não é fácil, e por diversas vezes, aqui me senti resistente em continuar, ao passo que falar da perda nos faz remeter às nossas próprias experiências de dor, tornando a tarefa muito mais difícil, porém necessária. Somos indivíduos reprimidos pelo proibido e pelo impossível, procurando adaptar-se a nossos relacionamentos extremamente imperfeitos. Vivemos de perdas diárias e abandonos. E mais cedo ou mais tarde, com maior ou menor sofrimento, todos nós compreenderemos que a perda é, sem dúvida, uma condição permanente da vida humana. Lamentar é o processo de adaptação às perdas da nossa vida. Então, pergunta Freud em *Luto e Melancolia* (1915/ 2011): em que consiste a lamentação pelo que perdemos? Ele responde que se trata de um processo interior difícil e lento, extremamente doloroso, em que desistimos passo a passo.

Muitos podem encontrar dificuldades para aceitar a ideia de fases na dor da perda e se revoltar. É como se houvesse uma receita detalhada para o sofrimento perfeito. Mas, se pudermos aceitar a ideia dessas fases, não como algo pelo qual nós ou outras pessoas devemos passar, mas como algo que pode iluminar o que nós ou os outros passamos ou estamos passando e, assim, talvez seja possível compreender por que a dor passa a ser não um estado, mas um processo.

O estudo sobre pessoas que, em algum momento de suas vidas, tiveram que se defrontar com a problemática da infertilidade, serviu de inspiração para a presente mestranda buscar um maior conhecimento sobre as diversas facetas que a infertilidade traz para a vida daqueles que sofrem com ela, fazendo-as buscar novas possibilidades para esse momento, que é repleto de dor, angústia e sentimentos de autodesprezo.

Encontram-se muitos estudos sobre infertilidade, métodos de reprodução assistida e adoção, mas o enfoque sobre o luto da infertilidade, o luto de cada filho que se perde tivemos dificuldade de encontrar. A obra *Maternidade Interrompida*, da Associação ProjectosArtemis, nos pareceu inédito, sobretudo pela preocupação em

ouvir e assistir mulheres que passam por tal experiência. Sua leitura nos mobilizou a avançar nessa reflexão tentando identificar nos casos selecionados da referida obra, o que ocorre psiquicamente com a mulher e/ou casal, como eles elaboram o luto de maternidade interrompida.

A vivência da perda do filho esperado é relatada como muito dolorosa não só pela perda em si, também porque afeta narcisicamente o casal. A angústia vivida é acompanhada de sentimentos de inferioridade e de vergonha, algumas vezes também de culpa. Mas ao mesmo tempo, essas vivências são absorvidas e transformadas em novas esperanças. O desejo de ter uma descendência parece sobrepujar o sofrimento e mobilizar novos investimentos para continuar tentando gerar um filho a despeito dos riscos, dos incômodos e sacrifícios.

O luto é um processo de elaboração e resignificação que cada pessoa passa diante de uma perda, entretanto, nesses casos ele adquire algumas peculiares. Se como relatam as mulheres, cada perda exige um tempo de luto, o fato do filho não ter nascido, parece não guardar intacta a fantasia de tê-lo e isso gera esperança, diferente do luto decorrente de perda de pessoas queridas, na qual não há esperança de recuperação.

O trabalho nos mostrou que é importante distinguir o luto que se vive após cada perda gestacional da do luto que é necessário viver quando se perde a capacidade de gestar. O Grupo SOFIA (Serviço de Orientação à Filiação Adotiva) da Universidade Católica de Pernambuco tem realçado a necessidade de considerar dois desejos: o de gestar e o de ter filho. No caso das mulheres consideradas inférteis ou históricas o trabalho de luto deve incidir no desejo de gestar, não necessariamente no desejo de ter filho. Não se trata de um processo simples, pois das mulheres investigadas apenas uma sinalizou com a possibilidade de ter um filho por adoção, mesmo assim porque já havia o desejo de adotar mesmo investindo em gestar.

Embora o enfoque do SOFIA não seja exatamente a elaboração do luto do filho biológico que não se teve esse é um tema que lhe é caro justamente porque para que uma adoção seja bem sucedida se faz necessário que a criança ocupe um lugar de filho e não funcione com prótese ou suplência para o filho que não se teve. Com isso queremos dizer que pessoas ou casais inférteis devem renunciar o desejo de gestar, mas manter vivo o desejo de ter filho.

Esperamos que este trabalho venha a contribuir com as equipes que trabalham com adoção no sentido de escutar em cada demanda dos candidatos a adotar como se deu luto do filho biológico.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Lidia Levy de. Uma leitura psicanalítica do laço conjugal. *In*: FÉRES-CARNEIRO, Terezinha (Org.). **Relação amorosa, casamento, separação e terapia de casal**. Rio de Janeiro: Anep, 1996.
- AVELAR, Cássia Maria *et al.* Emoção e infertilidade. *In*: CAETANO, João Pedro Junqueira; MARINHO, Ricardo Mello; MORAES, Leonardo Augusto Meyer. **Infertilidade e concepção assistida**: um guia para o casal. Belo Horizonte: Medsi, 2000.
- BOWLBY, John. **Perda**: tristeza e depressão. São Paulo: Martins Fontes, 1993. v. 3.
- CAMPOS, Érico Bruno Viana. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 12, n. 1, 2013.
- CATERINA, Marlene Carvalho. **Luto adulto**: fatores facilitadores e complicadores no processo de elaboração. São Paulo: Quatro Estações, 2007.
- CAVALCANTI, Robinson. **Libertação e sexualidade instinto, cultura e revelação**. São Paulo: Temáticas Publicações, 1990.
- CUNHA, Maria do Carmo Vieira da *et al.* Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v. 30, n. 3, set./dez. 2008.
- FARIA, Dieime Elaine Pereira de; GRIECO, Silvana Chedid; BARROS, Sônia Maria Oliveira de. Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 4, 2012.
- FARINATI, Débora Marcondes; RIGONI, Maisa dos Santos; MÜLLER, Marisa Campio. **Infertilidade**: um novo campo da psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia*. Campinas. v. 23, n. 4, out./dez. 2006.
- FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia** (1915-1975), tradução, introdução e nota Marilene Carone. São Paulo. Ed. Cosac Naify, 2011.
- FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução. *In*: STRACHEY, James (Trad.) **Edição standart das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1914/1996.
- FREUD, Sigmund. **A interpretação dos sonhos**. Rio de Janeiro: Imago, v. 9 1900-1980.
- GHIRARDI, Maria Luíza de Assis Moura. **A importância da infertilidade no contexto da adoção**: efeitos possíveis na relação pais e filhos adotivos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

GORAYEB, Ricardo *et. al.* Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de esterilidade. **Estudos de Psicologia**. Campinas. v. 26, n. 3, jul./set., 2009.

KITZINGER, Sheila. **Mães**: Um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença, 1978.

KLUBER-ROSS, Elisabete. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

KOCH, Cândida; SANTOS, Célia; SANTOS, Margarida Reis. Tradução portuguesa, adaptação e validação da Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS) em mulheres com perda de gravidez. **Revista de Enfermagem Referência**. Série 3, n. 6, mar. 2012.

LEVINZON, Gina Khafif. **A adoção na clínica psicanalítica**: o trabalho com os pais adotivos. **Psicologia e Saúde**. v. 14, n. 1, jan./jun., 2009.

MAGALHÃES, Andrea Seixas. **Casal e família**: permanências e rupturas. Conjugalidade e parentalidade na clínica e famílias. Org. Feres-Carneiro. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009, p. 205-217.

MENDLOWICZ, Eliane. O luto e seus destinos. **Revista Ágora**. v. 3, n. 2, jul./dez. 2000.

MENEZES, Walfrido Nunes. **A barriga cresceu...** Adeus meninas!!! Exclusão social: O real e o simbólico na gravidez na adolescência. João Pessoa: Ideia, 2002.

OLIVEIRA, Cecília Casali. O luto pela criança que não nasceu. *In*: MELAMED, Rose Marie M; QUAYLE, Julieta (orgs). **Psicologia em reprodução assistida**: experiências brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p207-220.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

OTUKA, Livia Kusumi; SCORSOLINI-COMIN, Fábio; SANTOS, Manoel Antônio dos. A configuração dos vínculos na adoção: atualização no contexto latino-americano. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**. v. 19, n. 3, 2009.

PARKES, Colin Murray. **Luto e vida adulta**. São Paulo: Summus, 1998.

PINES, David. Aspectos emocionales de la infertilidad y sus remedios. **Libro Anual de Psicoanálisis**. v. 6, p. 223-230, 1990.

PONTES, Maria Manoela. **Maternidade Interrompida**: O drama da perda gestacional. São Paulo: Ágora, 2009.

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

ROWE J.P.; *et al.* **Manual da OMS sobre padronização de exames e diagnóstico da infertilidade em casais**. São Paulo: Santos; 1998.

SEIBEL, D.; CARVALHO, C. A. P. Respostas emocionais do casal na reprodução humana. *In: 18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana.*(pp.9-11). Porto Alegre, 1998.

SEVERIANO, Maria de Fátima Vieira. **Narcisismo e publicidade:** uma análise psicossocial dos ideais de consumo na contemporaneidade. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2007.