

CÉLIA MARIA SOUTO MAIOR DE SOUZA FONSÊCA

**DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA ÀS DIFICULDADES DE SE  
TORNAR MÃE DE MÚLTIPLOS BEBÊS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação  
stricto sensu em Psicologia Clínica da  
Universidade Católica de Pernambuco, como  
requisito para obtenção do título de doutor em  
psicologia.

Orientadoras:

Profa. Dra. Albenise de O. Lima

Profa. Dra. Ma. Consuelo Passos

RECIFE  
2015

F676dFonsêca, Célia Maria Souto Maior de Souza  
Da reprodução assistida às dificuldades de se tornar mãe de múltiplos  
bebês/ Célia Maria Souto Maior de Souza Fonsêca; orientadorasAlbenise  
de O. Lima, MariaConsuêlo Passos, 2015.  
199f.

Tese (Doutorado)- Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria  
Acadêmica. Coordenação Geral de Pós-graduação. DoutoradoemPsicologia,  
Clínica, 2015

1. Psicologia clínica. 2. Tecnologia da reprodução humana - Aspectos  
Psicológicos. 3. Maternidade - Aspectos Psicológicos. 4. Winnicott, D. W.  
5. Mãe e filhos - Aspectos Psicológicos. 6. Psicanálise.I. Título.

CDU 159.922.1

**DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA ÀS DIFICULDADES DE SE  
TORNAR MÃE DE MÚLTIPLOS BEBÊS**

CÉLIA MARIA SOUTO MAIOR DE SOUZA FONSÊCA

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Albenisede Oliveira Lima – Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Consuêlo Passos – Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Lúcia Francisco

---

Prof<sup>ª</sup> Dra. Júlia Coutinho Costa Lima

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Karla Galvão Adrião

---

Prof. Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha

RECIFE

2015

*À Via Láctea, Sol Nascente e Dia e Noite, mães que me confiaram as suas tão singulares experiências.*

## AGRADECIMENTOS

*A Antônio, companheiro de todas as horas, pela paciência e cumplicidade com que me esperou de volta à sua vida.*

*A Hugo, Cecília e Tony pela parceria que conseguimos estabelecer no fascinante caminho da maternidade.*

*Às minhas orientadoras, as profas. Dras. Albenise de Oliveira Lima e Maria Consuelo Passos, que, semelhante a uma mãe suficientemente boa, souberam ensinar, acolher, incentivar, cobrar na medida certa, com muita disponibilidade, leveza e descontração. Ter sido orientada por vocês foi um enorme prazer. Obrigada por tudo.*

*Aos membros da banca examinadora – profs. Drs. Ana Lúcia Francisco, Júlia Coutinho, Karla Azeiteiro e Jeferino Rocha – pela presteza com que aceitaram o nosso convite e pelas ricas contribuições que me fizeram enxergar mais longe.*

*Aos profs. Drs. Gilberto Saffra e Maria de Fátima Vilar, pelo muito que acrescentaram aos rumos deste trabalho.*

*Aos professores do doutorado pela seriedade com que nos conduziram a novos horizontes do conhecimento.*

*Aos colegas do doutorado pela amizade e parceria nessa caminhada e, de modo especial, a Karine Torres e Paula Barros, que, de maneira solidária e compartilhada, foram presença em todo esse percurso.*

*Aos colegas professores, Carlos Brito, Cristina Brito Dias, Albanio Paulino, e aos amigos Frederick e Mariinha Cheong, e Emily Schuler pela disponibilidade com que me ajudaram, sem medir esforços, mesmo quando o tempo parecia curto demais.*

*Aos funcionários da secretaria da pós-graduação pelo jeito cuidadoso e competente com que sempre atenderam às nossas solicitações.*

## RESUMO

Para dar conta das responsabilidades atribuídas ao novo lugar reservado à mulher contemporânea, ela tem optado, com frequência, por adiar o projeto da maternidade para mais tarde; quando, enfim, resolve concretizá-lo, o seu corpo já não responde satisfatoriamente, obrigando-a, na maioria das vezes, a recorrer às tecnologias de reprodução. Estas, pelos recursos disponíveis e pelos novos procedimentos que acrescentam à vida da mulher, têm promovido verdadeira revolução naquilo que há de mais antigo na experiência humana: a concepção e a maternidade. Enfrentar o tratamento, a gravidez e o nascimento de bebês múltiplos tem-se constituído grande desafio para essa mulher. Nesta investigação - um estudo qualitativo situado no âmbito da psicologia clínica, no qual adotamos conceitos da teoria winnicottiana - pesquisamos a condição de mulheres que buscaram a reprodução assistida e se tornaram mães de bebês múltiplos, bem como procuramos compreender como lidam com tal condição. Para tanto, por meio de entrevista narrativa, ouvimos três mães de múltiplos acerca de sua experiência. Nosso estudo se justifica por sua importância e atualidade, inclusive pelo que pode oferecer de subsídios à temática ainda carente de novas contribuições teóricas, especialmente quanto às questões psicológicas nele implicadas. Para a análise dos dados, subdividimos o material em categorias e subcategorias. Daí pudemos constatar a ambivalência vivida por aquelas mães diante do paradoxo de uma experiência que expõe a contradição entre desejar e viver a maternidade. Para elas, lidar com os “excessos” que tal condição impõe – rigores do tratamento, várias tentativas para engravidar, abortos sofridos, filhos prematuros – constituiu-se um “fardo” pesado demais a ser suportado, fonte de angústia permanente e de desgastes físico e emocional, cujos desdobramentos ainda não se pode dimensionar. O estudo evidenciou, também, a existência de outras questões que acabaram por repercutir nas condições por elas enfrentadas quando recorreram à reprodução assistida. A experiência pode ter sido exacerbada pela falta de acolhimento nas várias etapas do processo. Além disso, lidar com o problema dos embriões excedentes se constituiu um desafio a mais, por se tratar de temática carente de legislação específica, necessária ao disciplinamento da matéria em nosso país. Que essas questões, ainda pouco discutidas pela literatura, possam estimular o desenvolvimento de novos estudos.

**Palavras-chave:** Maternidade. Mãe de trigêmeos. Reprodução assistida. Winnicott.

## ABSTRACT

Accounting for the responsibilities assigned to the new place reserved for the contemporary woman, who has often chosen to delay her motherhood project for later; when, finally, she decides to have children, her body no longer responds satisfactorily, forcing her, most of the time, to seek help by means of reproductive technologies. These, by the available resources and new procedures that add to the life span of women, have promoted a revolution in what is most ancient in human experience: the conception and motherhood. Fertility treatment, pregnancy and the giving birth to multiple babies have resulted in great challenges for the woman. This research is a qualitative study based on clinical psychology, in which the concepts of Winnicott's theory have been adopted. The condition of women seeking assisted reproduction which has resulted in them becoming mothers of multiple babies as well as trying to understand how to deal with such a condition has been researched. To accomplish this, three mothers of multiples were interviewed about their experience. Our study is justified by its importance and timeliness, including the benefits it can offer to the theme still in need of new theoretical contributions, especially about the psychological issues involved. For data analysis, the material was subdivided into categories and subcategories. By doing this the ambivalence experienced by these mothers before the paradox of an experience that exposes the contradiction between wanting to live and motherhood could be seen. For them, dealing with the "excesses" that this condition imposes – the rigors of treatment, several attempts to get pregnant, miscarriages, and premature births - constitutes a "burden" too heavy to be supported, a permanent distress source and physical and emotional wear whose consequences still cannot be fully understood. The study also showed that there are other issues that eventually come to light from the conditions they faced when resorted to assisted reproduction. The experience may have been exacerbated by the lack of care in various steps of the process. In addition, dealing with the problem of surplus embryos constituted an additional challenge, because it lacks specific legislation required for the discipline of this matter in our country. These issues, still little discussed in the literature, can stimulate the development of new studies.

Keywords: Motherhood. Mother of triplets. Assisted reproduction. Winnicott.

## RESUMEN

Para dar cuenta de las responsabilidades asignadas al nuevo lugar reservado para la mujer contemporánea, ella ha elegido con frecuencia retrasar el proyecto de maternidad para más adelante; cuando, finalmente, resolver se da cuenta, su cuerpo ya no responde de manera satisfactoria, forzándola, la mayoría de las veces, para hacer uso de las tecnologías reproductivas. Estos, por los recursos disponibles y los nuevos procedimientos que se suman a las vidas de las mujeres, han promovido la revolución en lo que es más antigua en la experiencia humana: la concepción y la maternidad. Afrontar este tratamiento, el embarazo y el nacimiento de múltiples bebés ha hecho un gran desafío para esta mujer. Esta investigación - un estudio cualitativo situado dentro de la psicología clínica, en la que hemos adoptado los conceptos de la teoría de Winnicott - investigamos la condición de las mujeres que buscan la reproducción asistida y se convierten en madres de bebés múltiples, así como tratar de entender cómo tratar con tal condición. Para este, a través de la entrevista narrativa, escuché tres madres de múltiples acerca de su experiencia. Nuestro estudio se justifica por su importancia y actualidad, incluyendo la ayuda que puede ofrecer al tema que todavía está en necesidad de nuevos aportes teóricos, sobre todo acerca de los problemas psicológicos que intervienen. Para el análisis de datos, hemos dividido el material en categorías y subcategorías. Por lo tanto hemos visto la ambivalencia experimentado por las madres antes de la paradoja de una experiencia que expone la contradicción entre desear y vivir la maternidad. Para ellas, se trata de los "excesos" que esta condición impone - rigores del tratamiento, varios intentos de quedar embarazada, abortos involuntarios, nacimientos prematuros - constituye una "carga" demasiado pesada para ser apoyada, fuente de angustia permanente y desgaste físico y emocional, cuyas consecuencias aún no se puede escalar. El estudio mostró también que hay otras cuestiones que eventualmente pasan a reverberar en las condiciones que enfrentaron cuando recurrido a la reproducción asistida. El experimento puede haber sido exacerbado por la falta de cuidado en diversas etapas del proceso. Además, trato con el problema de los embriones sobrantes constituye un desafío adicional, ya que el tema carece de una legislación específica, requiere la disciplina de la materia en nuestro país. Estas cuestiones, aún poco discutidos en la literatura, pueden estimular el desarrollo de nuevos estudios.

**Palabras clave:** Maternidad. Madre de trillizos. Reproducción asistida. Winnicott.



## SUMÁRIO

<b>1.O COMEÇO DE TUDO.....</b>	<b>10</b>
1.1 Da Justificativa à Introdução.....	12
<b>2.O CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>18</b>
2.1Contextualizando a temática .....	20
2.1.1Um olhar sobre as pesquisas .....	22
2.2 Família, Mulher e Reprodução: mudanças, transformações e permanências .....	26
2.2.1 Afamília contemporânea: o que muda e o que permanece .....	26
2.2.2 Mulher, reprodução e contemporaneidade: prazeres e (des) prazeres .....	35
2.2.3.Mulher contemporânea e reprodução assistida: possibilidades e desafios .....	42
<b>3. APRENDENDO COM WINNICOTT.....</b>	<b>57</b>
3.1 Situando a temática.....	59
3.2 A mãe, o bebê e o ambiente: entrelaces winnicottianos .....	61
3.3 Maternidade, reprodução assistida e suas especificidades.....	68
3.4 De “hóspede no corpo” a “hóspede nos braços” da mãe: singularidades da relação mãe-bebê no contexto de filhos múltiplos .....	83
3.4.1 Conversando com Winnicott sobre gêmeos.....	91
<b>4. O PERCURSO METODOLÓGICO TRILHADO.....</b>	<b>96</b>
4.1 Considerações iniciais.....	98
4.2 Natureza da pesquisa .....	99
4.3. Mães-participantes .....	100
4.4. Instrumento de coleta dos dados .....	101
4.5 Colhendo histórias de vida.....	105
4.6 O diálogo com as histórias .....	105
<b>5. DO RELATO DAS MÃES À DISCUSSÃO SOBRE SUAS EXPERIÊNCIAS.....</b>	<b>109</b>
5.1 Descrevendo trajetórias.....	112
5.1.1 - <i>Via Láctea</i> : uma mãe diante do desafio de amamentar múltiplos .....	113
5.1.2 – <i>Sol Nascente</i> : a mãe que não podia esperar o sol nascer .....	115
5.1.3 - <i>Dia e Noite</i> : a mãe que não dormia .....	117
5.2 Os caminhos da análise.....	119

5.2.1 A reprodução assistida e seus desdobramentos.....	119
5.2.1.1 Constatação da infertilidade e busca da reprodução assistida.....	122
5.2.1.2 Repercussões da reprodução assistida sobre a gravidez.....	133
5.2.2 Como acolher três bebês ao mesmo tempo?.....	142
5.2.2.1 Por que sofrem essas mães?.....	148
5.2.3 Ser mãe na trigemelaridade: dificuldades, angústias e possibilidades.....	153
<b>6. À GUIZA DE CONCLUSÃO: do diálogo com os dados à tessitura das considerações finais.....</b>	<b>177</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>185</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>196</b>
<b>Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	
<b>ANEXOS.....</b>	<b>199</b>
<b>Anexo A - Resolução CFM nº 2.013/2013</b>	
<b>Anexo B - Resolução CFM nº 2.121/2015</b>	

## **1.0 COMEÇO DE TUDO**

*“Elaborar uma tese é como exercitar a memória; temo-la tão boa quando maduro se a exercitamos desde a meninice.”*

**(Umberto Eco)**

## 1.1 Da Justificativa à Introdução

Estamos convencida de que a elaboração de uma tese significa, para quem a faz, muito mais que a simples expressão de ideias sobre determinado tema de nosso interesse. Funciona como uma espécie de trabalho-síntese de nossa trajetória acadêmica, revelando-nos e nos expondo para além do mero domínio teórico possível acerca de determinado assunto ou sobre o estilo literário adotado, ao redigirmos cada uma de suas páginas. É muito mais: revela-nos e nos expõe naquilo que verdadeiramente somos, o que nos inquieta e mobiliza, dizendo dos nossos valores e, em certa medida, da nossa visão da vida até então. Diz, também, do nosso compromisso com a profissão, do desejo de compartilhar com o leitor um conhecimento produzido ao longo dos anos, às várias mãos, a clamar por continuadores, por acreditarmos que é assim que o conhecimento se produz.

A construção de uma tese vai-nos proporcionando momentos de resgate e de reconstrução de conhecimento construído ao longo de nossa carreira profissional. Nesse sentido, se, durante anos, trilhamos por variados caminhos no exercício de nossa profissão, há pouco mais de uma década resolvemos dedicar-nos ao estudo da **família**, por entendê-la “nascente” e “foz” de alegrias e tristezas do ser humano, de sua saúde e das incontáveis doenças, que por vezes, o acometem. Na busca incessante de tal conhecimento, defrontamo-nos e nos encantamos, inúmeras vezes, com o importante papel assumido pela mulher no seio da família – de modo especial, o do exercício da maternidade.

Continuando nessa escalada, ouvimos mães gemelíparas no relato de suas conquistas e nos desafios por elas enfrentados, quando se tornaram mães de duas crianças ao mesmo tempo. Não satisfeita com a busca, optamos por chegar mais perto dessa mulher-mãe, agora inserida em cenário de grande complexidade, na condição de mãe de bebês múltiplos gerados por reprodução assistida. Assim, em consequência quase natural dos fatos, a esse assunto reservamos lugar de destaque em nossos estudos, elegendo-o tema de nossa tese de doutorado.

Nas páginas adiante, falaremos sobre a importância do tema, mas, antes, convidamos o leitor a caminhar conosco por entre as razões que nos levaram a estudá-lo.

**Ser mãe de múltiplos** tem se revelado temática complexa e atual, capaz de despertar o nosso interesse e o de estudiosos dos mais diversos saberes (Braga & Amazonas, 2006;

Dornelles & Lopes, 2010; Giaretta, 2008; Marquez, 2010; Passos et al, 2013). A temática está enredada numa multiplicidade de elementos tal qual uma teia, cujos fios de sustentação se acham tecidos uns nos outros, sem que se perceba, com clareza, onde começa e termina cada um deles, constituindo-se num desafio a mais para quem optar por estudá-la. Trata-se de assunto bastante abrangente, situado no complexo cenário contemporâneo, ligado ao novo lugar reservado à mulher e, de modo particular, relacionado aos avanços da biotecnologia e às tentativas de os cientistas decidirem em laboratório os destinos da vida humana.

O nosso interesse pelo assunto é antigo e se revela gratificante lembrarmos quando tudo começou. Remete-nos ao tempo em que orientávamos pesquisas de iniciação científica relativas à gemelidade resultante de concepção natural e ou de reprodução assistida. Isso nos interessou de tal maneira, que insistimos em pesquisá-lo sob diversos aspectos, o que gerou publicações variadas, conforme se pode constatar em Fonsêca e Torres (2008), Fonsêca e Crespo (2008; 2009), Dias, Fonsêca e cols. (2013), quando já podíamos compreender quão complexa era a temática e variados os seus desdobramentos. A possibilidade de ouvir o relato de diversos membros das famílias gemelares – em especial aquele proferido pelas mães de gêmeos acerca dos desafios e encantamentos por elas vividos em suas experiências – ecoou como suave e irrecusável convite aos nossos ouvidos, no sentido de prosseguirmos com novos estudos acerca do assunto.

Pudemos também constatar a limitação da literatura acerca da temática, por consequência a necessidade de outros estudos, de preferência, que contemplassem a dimensão psicológica da questão (Morgenstern & Gueller, 2012).

Já àquela época, passou a nos inquietar o fato de percebermos como era desafiador para uma mãe acolher, amamentar, cuidar, identificar, respeitar as diferenças, ainda que se tratasse - no caso das pesquisas que desenvolvíamos - de mães de gêmeos. A partir de então, começamos a imaginar como seria o nascimento de trigêmeos, quadrigêmeos, sobretudo os gerados por reprodução assistida, que, na maioria das vezes, nascem prematuros e com saúde frágil. Ficávamos perguntando-nos: como é lidar com tudo isso? Como atender aos vários bebês praticamente ao mesmo tempo? Como ser o sustentáculo do amadurecimento de cada um deles? De quais recursos as mães lançariam mão para dar conta de tamanho desafio? Essas e outras questões se foram transformando aos poucos no objeto de nossa investigação.

Embora a questão estivesse claramente posta, respondê-la se revelava tarefa por demais complexa. Em princípio, implicava eleger um campo delimitado de investigação, dada a amplitude do tema. Ouvir as mães, atenta e cuidadosamente, sobre sua experiência parecia-nos essencial. Porém seria preciso cautela, já que o desvelar-se da vida não se faz sem sofrimento, sem compromisso e, menos ainda, sem confiança. Seria preciso ouvi-las em longas narrativas, sem interrupções, deixando-as seguir, tão somente, o curso de suas próprias lembranças. Mas apenas ouvi-las não bastaria; seria necessário dialogar com elas com base no conteúdo trazido. Como fazê-lo? Estava claro para nós não bastar apenas disciplina; seria indispensável utilizar um método capaz de dar conta do minucioso exame exigido pela narrativa à luz de conhecimento pautado nos princípios da ética e do respeito à condição humana. Por tudo isso, em pensamento estávamos gestando o que futuramente se transformaria em interessante pesquisa. Se, por um lado, as amarras impostas pela produção do conhecimento científico nos detinham, por outro, a inquietação nos demandava de tal forma, que, aos poucos, nos deixava impregnar por ela, ao limite de nos permitir que fosse sendo gestada em nós – por “concepção natural” – aquilo que se transformaria, mais tarde, na nossa tese de doutoramento.

Na sequência dos fatos, o relato da experiência das referidas mães no trato com seus filhos passou a ser objeto de nosso especial interesse; mais ainda nos interessava uma discussão à luz de fundamentos teóricos consistentes, capazes de possibilitar reflexão profunda sobre as condições necessárias que elas, no lidar com a singularidade de seus vários bebês, poderiam oferecer a cada um deles, ou seja: o essencial ao processo de amadurecimento. Pensávamos ainda: como ser a “mãe suficientemente boa”, de que trata Winnicott (1993), em contexto tão complexo? Para Winnicott (1993), a “mãe suficientemente boa” sabe que há momentos em que a frustração se mostra como a experiência mais adequada para aquele filho; quando sentida na medida suportável, vai favorecer o desenvolvimento de recursos internos necessários ao seu processo de amadurecimento.

Portanto, em face das várias indagações, o caminho do estudo se configurava como o mais adequado. Nesse percurso, poder contar com o pensamento de Winnicott, em especial com a **teoria do amadurecimento humano** se confirmava como referência segura, capaz de sustentar, teoricamente, nossas questões iniciais e outras mais porventura surgidas no diálogo com nossos interlocutores, em especial, com as mães ouvidas em suas narrativas.

Para tanto, seria preciso estabelecer limites, definir o alcance de nosso olhar que, no sentido mais geral, visava a investigar a condição de mulheres que buscaram a reprodução assistida e se tornaram mães de múltiplos bebês, procurando compreender como lidavam com essa condição. Mais especificamente, pretendíamos analisar a reprodução assistida e seus impactos sobre a relação de uma mãe com seus filhos múltiplos; discutir as implicações psíquicas produzidas pela reprodução assistida sobre a sua gravidez e saúde; discutir a noção winnicottiana de ambiente e suas implicações na relação mãe-bebê.

Partimos do seguinte ponto: convém considerar que muita coisa mudou no universo da família e da mulher contemporâneas. Na atualidade, a mulher está exposta às mais variadas influências e aos fortes apelos da vida profissional, priorizando, cada vez mais, os estudos, a carreira, a estabilidade financeira, para, só então, pensar na maternidade. Quando, enfim, decide ser mãe, o relógio biológico já não responde satisfatoriamente; ela, então, recorre às tecnologias de reprodução (Mansur, 2003; Cervený, 2006; Cavalcante & Cavagna, 2009).

A busca pela reprodução assistida, no entanto, se faz por meio de tratamento longo e doloroso, de elevado custo financeiro, cheio de privações tanto na vida social quanto na esfera profissional, além de provocar verdadeira invasão na privacidade sexual do casal (Ramírez-Gálvez, 2006). Ao término, na maioria das vezes, ocorre o nascimento de bebês múltiplos, prematuros e de saúde frágil, razão pela qual permanecerão em UTI neonatal por tempo indeterminado. Apesar disso, os números da reprodução assistida não param de crescer quanto à busca pelo tratamento e quanto ao número de nascimentos de bebês múltiplos.

Nesse sentido, Freitas, Siqueira e Segre (2008), com base em dados do IBGE (2006), comentam sobre a alteração na curva demográfica brasileira comparada a uma série histórica de nascimentos no período de 1984 a 2003. No Brasil, enquanto o número de nascimentos como um todo cresceu 9,5%, o de bebês triplos ou mais foi cinco vezes maior no mesmo período; a idade materna cada vez mais elevada ao engravidar e a consequente procura pela reprodução assistida, são algumas das explicações para o fenômeno. Assim, diante da complexidade do tratamento, o alto custo financeiro (em média, de R\$ 5 mil a R\$ 15 mil por tentativa) e o pesado ônus emocional, os especialistas optam por implantar mais de um embrião a cada tentativa – conduta adotada como forma de assegurar o êxito do processo, porém, ao mesmo tempo, tem produzido considerável aumento no número de



nascimento de bebês múltiplos, nos últimos anos. Segundo dados do 7º. Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio<sup>1</sup>, 2013), 52 mil transferências de embriões foram realizadas em mulheres brasileiras, consequência das 24 mil fertilizações *in vitro* feitas, em 2013, em 93 das 120 clínicas de reprodução assistida existentes no país.

Não obstante o crescimento dos números em relação à reprodução assistida no Brasil, ela ainda carece de legislação específica necessária ao disciplinamento da matéria. Há projetos de lei em tramitação na Câmara dos Deputados, à espera de aprovação. Enquanto isso, um vácuo legal se estabeleceu, sobretudo, no tocante à quantidade de pré-embriões a serem transferidos em cada procedimento; em consequência, até 2010, houve aumento significativo das gestações múltiplas, o que transformou tal questão em um problema de saúde pública, especialmente, pelos riscos causados à saúde das mães e dos seus bebês, além do elevado custo imposto ao sistema público de saúde, ao qual cabe arcar com as despesas decorrentes dos vários problemas surgidos.

Na tentativa de oferecer algum disciplinamento à matéria, em 2010, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM No. 1957/10, que, entre outras determinações, limitou o número de embriões implantáveis numa paciente em cada procedimento; em 09 de maio de 2013, revogando a anterior, publicou a Resolução CFM No. 2.013/2013, que, ao estabelecer normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, limitou a 50 anos a idade máxima da mulher para buscar esse recurso. No entanto, em 16 de julho de 2015, através da Resolução 2.121/15, admite que mulheres com mais de 50 anos poderão recorrer à reprodução assistida desde que assumidos os riscos juntamente com o médico. Na referida resolução, também esclarece pontos quanto à utilização da Reprodução Assistida por casais homoafetivos femininos.

O texto completo das Resoluções CFM No. 2.013/13 e No. 2.121/15, encontra-se nos anexos deste trabalho.

Apesar da relevância, a temática ainda tem sido abordada de forma incipiente em nosso país. A literatura disponível é limitada, em especial à referente à dimensão psicológica da questão (Morgenstern & Gueller, 2012), o que justifica a necessidade de surgirem trabalhos como este, com maior frequência.

---

<sup>1</sup>SisEmbrio – Sistema Nacional de Produção de Embriões, ligado à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Nossa investigação se coloca como estudo qualitativo situado no âmbito da psicologia clínica no qual adotamos conceitos da teoria winnicottiana, por oferecer elementos auxiliares na leitura dos dados. Para alcançar os objetivos estabelecidos, ouvimos, por meio de entrevistas narrativas, três mães de múltiplos acerca de sua experiência em tal condição.

Na tentativa de orientar o leitor quanto aos desdobramentos da questão e aos recortes feitos, quando nos debruçamos sobre a matéria, optamos por distribuí-la em quatro capítulos, além da introdução, na qual apresentamos a temática, ressaltamos a sua importância e a origem do nosso interesse e especificamos os objetivos que nos guiaram no estudo.

No capítulo de número dois, a nossa reflexão recaiu sobre a família e a mulher contemporânea, como também sobre as mudanças que incidiram no ciclo reprodutivo feminino. No capítulo de número três, apresentamos as noções básicas do pensamento de Winnicott que serviram de suporte teórico à nossa reflexão. No capítulo de número quatro, expomos as questões metodológicas, caracterizando a pesquisa, as participantes, o instrumento de coleta de dados assim como a maneira de análise dos dados. Por fim, no capítulo de número cinco, analisamos os dados e as articulações possibilitadas pelo nosso estudo.

Diante dessa construção feita por várias mãos, esperamos acrescentar luz nova ao amplo espectro do conhecimento, que, como elo em produção contínua, ligue o já existente ao novo, com a certeza de estarmos conduzindo, como herança maior, a rica condição humana. Afinal, a esse respeito, o próprio Winnicott (1975, p. 138) nos inspira ao afirmar que “não é possível ser original exceto numa base de tradição.”

Foi com tal convicção que enfrentamos o desafio.

## **2.0 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO**

*Alguém que tente se colocar do lado de fora deste processo, ao mesmo tempo em que participa dele, pois vive na mesma sociedade daqueles que estuda, pode talvez perceber que tudo só muda rapidamente na superfície, e que o novo e o moderno convivem com o arcaico e o antiquado.*

**(Sérvulo A. Figueira)**

## 2.1 Contextualizando a temática

Neste capítulo, interessa-nos refletir sobre o cenário em que se discutem temas como infertilidade e uso de tecnologias de reprodução, família e mulher contemporânea – uma espécie de pano de fundo de nosso objeto de estudo.

Ao percorrer esse caminho, tomaremos assento no contexto de final de século XX e início do século XXI, como nos diz Rocha-Coutinho (2013), período marcado pelas inúmeras mudanças por que vêm passando a família (Diniz, 2009; Féres-Carneiro & Magalhães, 2005) e as relações afetivas e sexuais (Giddens, 1994), como também por certo enfraquecimento da hierarquia nas relações de gênero entre as gerações e a consequente produção de formas de relação mais horizontais (Castells, 2000). Aí se situa a morada da mulher contemporânea, que, lentamente, tem sido moldada por influências e interesses diversos e, na atualidade, está exposta aos fortes apelos da vida profissional e às demandas de uma família em constante transformação.

Sem dúvida, muita coisa mudou no universo da mulher e da família nos dois últimos séculos, porém, se arriscarmos um olhar mais cuidadoso, talvez digamos se tratar de face nova de algo já existente desde muito tempo (Figueira, 1987). Segundo Passos (2005, p.11),

O debate sobre as metamorfoses da família continua. A cada momento surgem novas questões, outras ressurgem, enquanto muitas deixam de fazer sentido no quadro geral das mudanças processadas no contexto familiar. Em todo esse movimento, dois aspectos mostram-se muito evidentes. Em primeiro lugar, a constatação de que por mais inusitadas que possam parecer certas expressões do indivíduo no grupo, ou mesmo do grupo em sua totalidade, elas certamente evidenciam novas roupagens ou diferentes arranjos e atualizações de experiências já vividas por outras gerações. O segundo aspecto, colado ao primeiro, diz respeito ao fato de que o novo e o velho estão sempre engendrados nas experiências de um sujeito ou de uma família, sem que necessariamente essa situação seja visível.

O teor da enunciação acima fica ainda mais evidente quando se discutem temas relacionados às expectativas em relação à mulher e aos papéis a ela atribuídos ao longo das gerações, sobretudo os pertinentes à maternidade e à reprodução. Em relação a este último

aspecto é que vamos encontrar uma espécie de exemplo emblemático do “novo engendrado no velho” a que se refere a autora.

Pelos recursos à disposição e pelos novos procedimentos em favor da vida da mulher contemporânea, a reprodução assistida tem promovido verdadeira revolução naquilo que há de mais antigo na experiência humana: a concepção e a maternidade. Nesse sentido, ao se referir à tecnologia de reprodução humana, Ribeiro (2004, p. 19) reconhece que ela “[...] entrou na intimidade dos laços familiares e da sexualidade dos casais”, provocando notável reviravolta na vida de parcela cada vez mais expressiva da população. Portanto, não se poderia refletir sobre família, maternidade, reprodução, gravidez, parto, filhos múltiplos, prematuridade, sem se discutir sobre as transformações a que vem sendo exposto o ciclo reprodutivo da mulher em questão ao longo dos anos. Abordar tal temática implica deixar-nos capturar pelo entrelaçamento de conteúdos que a reflexão nos impõe.

Nesse contexto, poder-se-ia, então, falar em nova família? Ela realmente mudou ou apenas assumiu roupagem nova? É possível se discutir sobre a família contemporânea, sem se considerar a dimensão transgeracional que a atravessa? Em que aspectos a mulher e a família contemporâneas, de fato, mudaram? São muitas as perguntas e apenas uma a certeza: trata-se de tema bastante complexo; por mais que o estudemos, novas articulações ainda se fazem necessárias. Como nos diz Passos, (2005, p.11), “[...] se a contradição novo/velho se faz dentro de uma dimensão subjetiva, é preciso considerar tanto os aspectos intersubjetivos quanto os intra-subjetivos e transubjetivos, o que torna essa relação imensamente complexa”. E diríamos mais: muito difícil de ser examinada.

Sem dúvidas, não pretendemos discutir aqui sobre as várias configurações assumidas pela família ao longo das gerações, entretanto, parece-nos necessário vincularmos a mulher-mãe do nosso estudo à história que a produziu, ao cenário que a acolhe, à família que a solicita, ao ritmo de vida que a impulsiona. Interessa-nos refletir sobre essa mulher que, embora situada na realidade atual, se vê, incontáveis vezes, dividida entre os apelos das gerações antecedentes e as cobranças a ela endereçadas pela contemporaneidade: são interferências do passado a atravessar o presente, influenciando-a e moldando-lhe o comportamento nos mais diferentes aspectos. Por tal razão, na análise da temática em tela, o nosso olhar vai deixar-se atravessar pelo viés histórico – condição necessária para enxergarmos família, mulher e reprodução como um lugar de mudanças, transformações e permanências (Figueira, 1987; Rocha-Coutinho, 1994).

Muito já se estudou sobre o assunto, no entanto, como nos diz Rocha-Coutinho (1994), semelhante ao que se passa com nossa percepção quando olhamos através da lente de um caleidoscópio, se mudarmos o ângulo de visão, novas e surpreendentes imagens nos serão oferecidas; se insistirmos um pouco mais, outras tantas se formarão ininterruptamente, desde que tenhamos paciência e curiosidade de admirá-las nas suas mais variadas expressões. Portanto, parece tratar-se de temática inesgotável: quanto mais a examinamos, mais teremos por analisar e, ainda assim, com novos recortes por fazer. Nesse sentido, as pesquisas podem funcionar como uma espécie de balizadores dos estudos futuros, na medida em que apontam lacunas e ou realçam pontos de saturação em cada assunto examinado.

### **2.1.1 Um olhar sobre as pesquisas**

O que nos mostram as pesquisas acerca da mulher contemporânea, das suas lutas e conquistas, dores e prazeres, quando ela precisa compatibilizar vida profissional e maternidade?

Na tentativa de responder à questão, caminharemos por entre os achados de diferentes estudos, à procura daqueles que dialoguem, direta ou indiretamente, com o tema de nosso interesse. Buscaremos espaços ainda carentes de preenchimento, sem, contudo, perder de vista a noção de que, em matéria de família, mulher e reprodução, por mais que enxerguemos o “novo”, há sempre uma dimensão do “antigo” a insistir em permanecer. Vejamos pois o que nos dizem diversas pesquisas acerca do assunto:

- Mansur (2003) investigou *A experiência da não-maternidade*. Para a autora, trata-se de fenômeno frequente e pouco examinado na academia. Em seu estudo, articulou contribuições das ciências humanas e sociais ao viés psicológico da investigação; pôde constatar que a não maternidade tem diversos significados tanto para as diferentes mulheres entrevistadas quanto para cada uma em particular, implicando a necessidade de revisão das expectativas em relação aos papéis femininos tradicionais, o questionamento do mito do instinto materno e o reconhecimento de que mudaram os desejos e as circunstâncias em que vive a mulher contemporânea ocidental. Por fim, concluiu que a não

maternidade resulta de contribuições da história, da cultura, da sociedade, da família e da personalidade da mulher que, apesar de funcionar diferentemente do modelo feminino tradicional, não pode ser vista como inferior ou portadora de patologias psicológicas;

- em pesquisa sobre *A maternidade para mulheres com uma carreira profissional bem-sucedida*, Rocha-Coutinho (2005) procurou entender o sentido da maternidade para elas: como a adéquam às suas vidas (soluções buscadas); como a conciliam com a carreira profissional; que concessões fazem. Apesar de já questionarem a divisão rígida do trabalho e constatarem a participação do pai nos cuidados das crianças, elas percebem as diferenças entre maternidade e paternidade ainda atribuídas à “natureza diferente” entre homens e mulheres – a mãe cuida dos filhos e o pai os protege e sustenta. Consideram o trabalho essencial, e a conciliação com a maternidade é vista como possível, desejável e buscada; tentam separar maternidade e vida profissional, diminuindo viagens, horas extras e não levando trabalho para casa. Elas veem a maternidade como impulsionadora de sua atuação no trabalho, já que deste depende a melhor qualidade de vida oferecida aos filhos – manutenção de empregados, boas escolas –, condição necessária para se levar a atividade profissional com mais tranquilidade;

- Golombok, Olivennes, Ramogida, Rust & Freeman (2007) desenvolveram pesquisa intitulada *Parentalidade e desenvolvimento psicológico de uma amostra representativa de trigêmeos concebidos por reprodução assistida*,<sup>2</sup> cujo objetivo foi examinar a qualidade da parentalidade e o desenvolvimento psicológico de crianças de três anos de idade em famílias com trigêmeos gerados por fertilização *in vitro* – FIV/Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI). Foram comparadas famílias com trigêmeos, gêmeos e filhos únicos, recrutadas de uma organização francesa criada para estudar filhos concebidos por reprodução assistida. Foram consideradas medidas de bem-estar psicológico da mãe – estresse, depressão e qualidade do casamento – e medidas de desenvolvimento psicológico da criança – problemas emocionais e ou comportamentais e problemas gerais de desenvolvimento trazidos pela mãe. As mães de filhos múltiplos encontraram mais dificuldade na educação destes do que as de filhos únicos; não se notaram diferenças, comparando-se mães de trigêmeos com mães de gêmeos. Entre as crianças, não se percebeu diferença quanto aos problemas emocionais ou comportamentais entre trigêmeos,

---

<sup>2</sup>Título original: Parenting and the psychological development of a representative sample of triplets conceived by assisted reproduction. Tradução livre feita pela autora.



gêmeos e filhos únicos. Os gêmeos e trigêmeos apresentaram leve atraso em relação ao desenvolvimento da linguagem, se comparados com os filhos únicos. O nascimento de trigêmeos ou de gêmeos parece causar dificuldades para os pais nos primeiros anos de vida, embora as crianças não pareçam experimentar níveis elevados de problemas psicológicos ou de desenvolvimento;

- Lopes e Dornelles (2010), por meio de pesquisa intitulada *Desafios para a maternidade no contexto da reprodução medicamente assistida: terceiro mês do bebê*, investigaram o processo de tornar-se mãe em três mulheres vinculadas ao programa de reprodução assistida de um hospital público do Rio Grande do Sul. Elas conceberam por meio da reprodução assistida, e os seus bebês já estavam com três meses de vida. Os dados revelaram que a passagem para a maternidade foi vivida com sentimento de incapacidade de cuidar do bebê e medo de que ele não sobrevivesse, situação agravada com o nascimento pré-termo, temido por elas desde a gravidez. Passada a fase inicial, o medo de perda diminuiu, quando, então, passaram a acreditar na própria capacidade de assegurar a sobrevivência de seus bebês;

- *Relação conjugal no contexto de reprodução assistida: o tratamento e a gravidez é* o título da pesquisa desenvolvida por Silva e Lopes (2011), cujo objetivo foi investigar a relação conjugal durante o tratamento e gravidez em três casais que conceberam auxiliados pela reprodução assistida. As autoras investigaram as mudanças ocorridas nas três dimensões da relação: coesão, sexualidade e comunicação. O tratamento se revelou fonte de dificuldades para a comunicação, sexualidade e coesão, sendo marcado pelo medo de expressar os próprios sentimentos e de não compreender os sentimentos do outro; restringiu-se a atividade sexual e houve ameaça de o fracasso do tratamento repercutir na relação, apesar do evidente companheirismo entre os cônjuges. Segundo a pesquisa, durante a gravidez, ainda permaneceram algumas dificuldades, como em relação à sexualidade, embora com aumento da coesão e redução dos conflitos. As autoras destacam a importância de se considerarem as diferentes dimensões da relação conjugal para se compreender a experiência desses casais e lembram que não investigaram comparativamente as diferenças entre a experiência da gravidez em casais que engravidaram em decorrência do tratamento e os que engravidaram naturalmente;

- *O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta* foi a pesquisa desenvolvida por Fleck e Piccinini (2013) com o objetivo

de investigar as representações maternas sobre o bebê imaginário e o bebê real prematuro. Elas ouviram quatro mães primíparas de bebês prematuros internados em UTI neonatal. A pesquisa revelou que o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real produziu confusão emocional na mãe e estranhamento daquele filho diferente do imaginado; revelou também que a elaboração da perda do bebê imaginário e a aproximação do bebê real mostraram-se mais consistentes no 3º mês, após a alta hospitalar; evidenciou, ainda, o desejo, a necessidade e a satisfação das mães em poder contar com um espaço de acolhimento em sua experiência e na expressão de seus sentimentos. Ao final, as autoras sugerem a implementação de programas multidisciplinares de acompanhamento e acolhimento da dupla mãe-bebê e a realização de novos estudos por meio de abordagens de investigação para além das entrevistas, de modo a acessar conteúdos inconscientes associados ao bebê imaginário e à experiência das mães na prematuridade; além disso, sugerem que se levem em conta a evolução clínica e o desenvolvimento do bebê na compreensão das representações das mães no caso do nascimento pré-termo.

Ainda que cada pesquisa tenha sido conduzida por um viés específico, embora articulados quando abordados pontos relacionados à família e à mulher contemporâneas, é justamente quando se faz referência ao processo reprodutivo dessa mulher e à sua busca pelos recursos da biotecnologia de reprodução que se abrem as maiores lacunas. Sem dúvida, os estudos têm realçado a complexa realidade vivida por ela, na medida em que evidenciam suas conquistas e dificuldades, suas dores e prazeres, em especial os relacionados à procura da reprodução assistida, alternativa cada vez mais buscada quando o desejo de ser mãe esbarra na questão da infertilidade.

Tais pesquisas acabam por mapear a complexa realidade em que vive essa mulher; demarcam o cenário que a acolhe, tanto em suas conquistas quanto nos desafios a enfrentar dentro e fora da família; falam do seu cansaço, de sua perseverança e luta quando entram em cena questões relacionadas à procriação, sobretudo a resultante da reprodução assistida, cujos riscos sobre a gravidez e o nascimento de bebês prematuros não podem ser desprezados.

É em relação a estes últimos aspectos que o nosso estudo avança. Nele enfocamos não apenas a relação instituída entre a mãe e seu bebê prematuro gerado por reprodução assistida mas também as dificuldades e as angústias por ela vividas em relação à gravidez, ao parto e pós-parto, quando se trata do nascimento de bebês múltiplos.

Para tanto, numa reflexão que se deixa entrecortar por um viés histórico situado entre meados do século XX e início do século XXI, buscaremos o cenário onde foram gestadas a família e a mulher contemporâneas.

## **2.2 Família, Mulher e Reprodução: mudanças, transformações e permanências**

Não obstante a discussão sobre esta temática implicar certo entrelaçamento de conteúdos que nos obriga, ao nos referirmos a um, a contar com a existência do outro, tentaremos focar as especificidades de cada um deles. Trata-se de temas que carregam consigo questões presentes em toda a história da humanidade, razão pela qual têm sido marcados não apenas por mudanças e transformações mas sobretudo pela base de constância capaz de sobreviver às inúmeras variações impostas pelo tempo e pelos costumes. Vejamos as suas particularidades.

### **2.2.1 A família contemporânea: o que muda e o que permanece**

Se pretendêssemos realizar um resgate histórico da **família** ao longo da linha do tempo, de pronto veríamos que se trata da primeira, mais antiga e importante instituição, tendo estado presente em todas as sociedades. Assim, a sua história se confunde com a história da humanidade. As modificações por ela sofridas resultam tão só da necessidade de se ajustar à nova realidade. Ao mesmo tempo em que reflete o seu contexto, a família remodela padrões de vida em seu interior, assumindo, a cada época, características e feições próprias.

Para Quintas (2000), tentar compreender os seus diversos formatos se constitui em interessante exercício de convivência com o diferente. Assim, a maior ou menor complexidade dos arranjos familiares surgidos, por mais incomuns que nos possam parecer, guarda estreita relação com a amplitude das necessidades humanas. Para a autora,

O fato de não se regularem nos limites da nossa frágil compreensão não quer dizer que sejam consideradas estruturas menos viáveis. As sociedades primam pela capacidade de se adaptar a peculiaridades que

são, antes de mais nada, expressões legítimas da projeção do homem (Quintas, 2000, p. 32).

Numa espécie de retrospectiva histórica no Brasil, de pronto, vamos deparar-nos com a família tradicional, base da economia fundamentalmente agrícola e marcada pelo “inquestionável” poder patriarcal – ao pai cabia o sustento dela e sua condução nas mais diversas circunstâncias. Nas famílias abastadas, a manutenção do patrimônio era fundamental; para isso, os casamentos se davam por meio de alianças que preservassem a riqueza e o poder por elas conquistados, cabendo ao patriarca as intermediações que salvaguardassem os seus interesses. À mulher restava, tão somente, aceitar as escolhas impostas pelo pai e, mais tarde, pelo marido. Aos filhos homens, em especial ao primogênito, cabia a continuidade dos negócios do pai. Segundo Freyre (1998), essa era, no caso brasileiro, a dinâmica de funcionamento na casa-grande. Nas famílias daquela época, segundo Makuch (2006, p. 22), “Existia um escasso sentimento de individualização e não se estabeleciam relações afetivas como na família atual.” Era o período hegemônico do patriarcado: um mandava e todos obedeciam.

O advento do capitalismo impulsionou o processo de industrialização no Brasil; a agricultura deixou de ser a única fonte de renda e se iniciou o processo de urbanização das cidades. Em função das novas condições de vida, mudanças começaram a acontecer na família, exigindo reorganização necessária ao seu ajustamento às modificações impostas pelo mundo do trabalho. Por conta da instauração do salário individual, ao homem coube o papel de provedor; à mulher restou a permanência na casa, a procriação e o cuidado – com os filhos – trabalho não remunerado e, quase sempre, sem reconhecimento. Porém, as mudanças prosseguiram no mundo das relações, dentro e fora da família; delineavam-se os limites do mundo do trabalho e, com eles, os espaços dela também iam modificando-se (Sarti, 2008).

Um novo modelo começava a se esboçar – o da família moderna ou burguesa –, trazendo consigo um jeito novo de se relacionar com o corpo. Com ela, passou a existir preocupação com a saúde e com a higiene, maior controle da gravidez, da assistência nos partos e com o modo de criar os filhos; afinal, era importante contar com uma “descendência sadia e de 'boa qualidade' como forma de expansão e afirmação da burguesia como classe que procura o poder” (Makuch, 2006, p. 22). A maternidade

começou a influenciar a posição social da mulher burguesa, colocando-a em lugar não observado anteriormente. Embora “*mais a mãe*” e “*menos a mulher*” fossem o alvo do novo olhar – de caráter meramente utilitário –, ela passou a ocupar espaço diferenciado na cena familiar (Foucault,1993). Ao mesmo tempo, acontecia o processo de medicalização das famílias, as quais deveriam atender às demandas do mercado, desta feita, carente de corpos saudáveis para o trabalho. Nesse sentido, a família deveria constituir-se no lócus do processo sob a condução da mulher, que assumiria a condição de “cuidadora” por excelência (dos filhos e do marido); por extensão, ela também estaria cuidando da mão de obra capaz de movimentar o sistema produtivo da época (Sarti, 2008; Miotto, 2008).

Da mesma forma que, naquela ocasião, a agricultura já não era a única fonte de renda das famílias - por isso começaram a migrar para os centros urbanos industriais - na nova realidade, o salário não era suficiente para o sustento delas, o que levou a mulher, gradativamente, a trabalhar fora de casa. Iniciava-se a etapa de utilização da mão de obra feminina, impulsionada nos anos do pós-guerra, em razão das baixas que o conflito produzira no contingente masculino.

Os papéis de homem e de mulher foram redefinindo-se com base no trabalho, o que repercutiu no interior das famílias. A proteção dos seus membros passou a depender da inclusão destes no mercado de trabalho e da capacidade de compra de bens e serviços por meio dos salários conquistados. Mudanças começaram a acontecer no âmbito das relações sociais, dentro e fora das famílias, assim como os problemas por elas enfrentados; começou a delinear-se a nova realidade da emergente sociedade urbana industrial (Miotto, 2008)

Inspirada na obra de Foucault (1993), ao se referir aos antecedentes históricos da família contemporânea, Makuch (2006, p.22) assim a descreve:

A família com as características com que é constituída nos tempos atuais é resultado de um processo de mudanças que se afiança entre o século XVII e o XVIII, com o nascimento da burguesia como classe social e uma mudança no imaginário coletivo em relação à constituição da família.

Pode-se dizer que, ao longo da sua história, a família brasileira esteve exposta às mais diferentes influências, mas as mudanças econômicas e sociais têm sido as mais

marcantes; a estas tem respondido e se adaptado, de forma a moldar a nova ordem familiar de cada época.

No final do século XIX e início do século XX, reforçado por princípios religiosos, o casamento assumiu caráter indissolúvel, mesclando amor entre os pares e zelo pelos bens da família. Dessa forma, o matrimônio garantiria a transmissão legítima do patrimônio e estabelecia a organização familiar. Continuava cabendo ao homem a satisfação das necessidades materiais da família e, à mulher a satisfação das necessidades afetivas, a organização da vida doméstica e o cuidado com os filhos. Como se pode deduzir, algumas coisas iam mudando; outras nem tanto.

Essa foi a ambiência que gestou a família contemporânea. Em nossa discussão, interessa-nos a do final do século XX e início do XXI – cenário da diversidade de arranjos familiares hoje existentes, principalmente se considerarmos as famílias brasileiras das classes médias urbanas, onde se situam as mães ouvidas neste estudo.

A partir de meados do século XX, a família conjugal moderna foi perdendo a hegemonia e o homem deixando de ser o único provedor. A mulher, que antes se limitava às tarefas do lar e à educação dos filhos, passou não só a ocupar espaço no mercado de trabalho, como também a assumir encargos relacionados à manutenção da família (Kehl, 2003; Fonseca, 2010; Rocha-Coutinho, 2013). Em paralelo, o crescimento econômico alcançado pelo Brasil nas décadas de 1960 e 1970 gerou carência de mão de obra de tal monta, que fez o incremento das políticas sociais recair sobre as mulheres. Iniciativas foram tomadas no sentido de lhes oferecer condições para o desenvolvimento de habilidades e atitudes que as auxiliassem na administração do lar, na perspectiva da economia doméstica e do planejamento familiar, além de prepará-las para a entrada no mercado de trabalho (Carvalho, 2007).

Portanto, refletir sobre a família contemporânea implica fazê-lo à luz das inúmeras transformações vividas pela sociedade brasileira a cada época e nas várias dimensões (econômica, cultural, religiosa, política, tecnológica) - transformações cada vez mais crescentes e capazes de influenciá-la tanto no formato quanto na dinâmica assumida em suas relações.

Fruto de todas essas influências, novo modelo de família começou a ser gestado por volta dos anos 1960. Outras configurações foram surgindo, substancialmente, diferentes do modelo idealizado (modelo burguês marcado pela hegemonia do patriarcado). Ao mesmo

tempo em que impingiam novas marcas na família, as mudanças redesenhavam os contornos dela e lhe davam formas não assumidas até então.

Até meados do século XX, a família, que se organizava em torno do poder patriarcal, foi cedendo lugar a formas de poder mais democráticas entre homens e mulheres e, mais tarde, entre pais e filhos. A inserção da mulher no mercado de trabalho, o aumento de sua escolaridade e a emancipação financeira, em parte, respondem por tal mudança. Como consequência, se a mulher não mais dependia financeiramente do homem como sua única fonte de subsistência, o número de separações e de divórcio também tendeu a aumentar, assim como a idade com que ela resolveu se casar e ter filhos. O número de uniões “experimentais” entre as jovens também tendeu a crescer, fruto da independência financeira e da liberdade sexual conquistada; sem o interdito da virgindade, passaram a se sentir mais livres na escolha do parceiro. Com o advento das técnicas anticonceptivas, o tabu que mantinha o casamento monogâmico perdeu o sentido; em compensação, cresceu a quantidade de adolescentes grávidas e a de mulheres que, sozinhas, passaram a criar seus filhos (Berquó, 1998).

Toda essa transformação tem produzido arranjos familiares que se colocam para além daquele possibilitado pela união entre um homem e uma mulher como também por aqueles que desejam ou não ter filhos. Reduziu-se a hegemonia da família heterossexual e do modelo patriarcal tradicional, surgindo, em contrapartida, formas mais democráticas e igualitárias de funcionamento. Assim, têm-se as famílias homoparentais, as monoparentais por opção, as famílias reconstituídas, entre outras (Araújo, 2009).

Acerca da mobilidade das configurações familiares que atualmente testemunhamos, Kehl (2003, p. 1) tem a nos dizer:

Nesse cenário de extrema mobilidade das configurações familiares, novas formas de convívio vêm sendo improvisadas, em torno da necessidade - que não se alterou - de criar os filhos, frutos de uniões amorosas temporárias que nenhuma lei, de Deus ou dos homens, consegue mais obrigar a que se eternizem.

Ter filhos e cuidar deles pode até não se ter alterado muito, porém a dinâmica dos acontecimentos na família contemporânea mudou bastante; segundo Berquó (1998), nunca se levou tão pouco tempo entre casamento, nascimento dos filhos e separação. Não obstante todas as conquistas na contemporaneidade, para Kehl (2003), ainda cultivamos

uma espécie de dívida para com a formação familiar tradicional: “o passado idealizado representa um abrigo distante das modalidades de desamparo que enfrentamos no presente” (p. 2). Para a autora, a família, tão duramente criticada pelos movimentos dos anos de 1960 em defesa das liberdades sexuais e das reivindicações feministas, hoje tem sido revalorizada pelos mesmos grupos que a ela se opuseram.

Pares homossexuais reivindicam o casamento institucional; solteiros de ambos os sexos lutam pelo direito de adotar crianças e constituir uma família “normal”. A família mudou, mudaram os papéis familiares, mas não foi substituída por outra forma de organização molecular (Kehl, 2003, p. 2).

Para a psicanalista, o desamparo atual em relação à família contemporânea, prende-se ao fato de ela ter deixado de ser “uma sólida instituição para se transformar num agrupamento circunstancial e precário, regido pela lei menos confiável entre os humanos: a lei dos afetos e dos impulsos sexuais” (Kehl, 2003, p.2). Embora efêmeros e inconstantes, segundo Kehl (2003), são exatamente os afetos e os impulsos sexuais que oferecem sustentação a ela, instituição que, acima de tudo, necessita de constância e de continuidade.

O mal estar vem da dívida que nos cobramos ao comparar a família que conseguimos improvisar com a família que nos ofereceram nossos pais. Ou com a família que nossos avós ofereceram a seus filhos. Ou com o ideal de família que nossos avós herdaram das gerações anteriores, que não necessariamente o realizaram. Até onde teremos de recuar no tempo para encontrar a família ideal com a qual comparamos as nossas? (Kehl, 2003, p.2).

Nas perguntas da autora, encontramos eco para retomar as indagações que, no início deste capítulo, fizemos acerca da família contemporânea: ela mudou ou apenas assumiu nova roupagem? É possível falar sobre família, sem considerar a dimensão transgeracional que a atravessa? Na tentativa de respondê-las, encontramos amparo nas palavras de Figueira (1987, p. 29), quando afirma que “[...] não há, propriamente, uma ‘nova família brasileira’. Ainda estamos longe de uma família *realmente nova* (o que quer que isto signifique). No momento, o moderno convive com o arcaico na família brasileira de modos sutis e complexos que só recentemente começaram a ser estudados”. Como podemos concluir, muitos aspectos devem ser considerados quando se pretende definir **família**



**contemporânea**; mais fácil seria dizer o que ela “não é”, se considerarmos suas mudanças, quando comparada aos modelos da tradição.

Por tudo isso e guiada por um olhar curioso, optamos por examinar algumas definições de **família** trazidas pela literatura mas nem sempre consensuais; afinal, conceitos retratam diferentes compreensões acerca de determinada temática, por isso são diferentes na medida em que dependem de onde partem os teóricos em suas reflexões. Se os autores funcionam como formadores de opinião, a maneira como enxergam a família talvez se constitua fator de aproximação entre o que percebem e a realidade ou, em sentido contrário, fator de afastamento dela, se buscarem idealização nostálgica, por conseguinte, passível de não ser encontrada.

Portanto, problematizar a noção de família em diversas perspectivas e num tempo entre o final do século XX e início do século XXI talvez nos forneça importante material para nossa reflexão; interessa-nos examinar, em cada uma delas, a pluralidade de elementos que alimentam as várias definições sobre a família contemporânea.

Nesse caminhar, é possível que nos defrontemos com versões reais de família e, no momento seguinte, nos deparemos com uma visão idealizada sobre ela. Afinal, em suas reflexões sobre o tema em questão, a própria Maria Rita Kehl (2003) nos adverte para tal possibilidade.

Tomaremos como ponto de partida a definição apresentada pelo *Minidicionário da língua portuguesa - Século XXI*, de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, por se tratar de publicação amplamente divulgada, haja vista a sua distribuição gratuita a alunos de escolas da rede pública brasileira. Nele, a palavra **Família** é definida da seguinte forma: “1. Pessoas aparentadas que vivem, geralmente, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. 2. Pessoas do mesmo sangue” (Ferreira, 2001, p. 312).

Nos dois sentidos, as definições chamaram a nossa atenção pelo fato de se limitarem praticamente à família nuclear e à vinculação biológica, deixando de lado outras formações possíveis na sua constituição, como, por exemplo, a constituída pela via da adoção ou mesmo do recasamento – possibilidades cada vez mais frequentes em nossa sociedade.

Em seguida, buscamos o que preceitua o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), censo demográfico de 2010, quando se refere à temática “famílias e domicílios” (2010): “família é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência residentes na mesma unidade

domiciliar”. Trata-se, convém ressaltar, de definição apresentada por uma instituição oficial cujas informações servem de referência não apenas aos programas governamentais, quando da formulação de suas políticas públicas, como também aos diversos estudos de caráter científico desenvolvidos no meio acadêmico. Nessa formulação, a definição foi ampliada na medida em que sinalizou as diferentes possibilidades de vinculação entre os seus membros, embora circunscrevendo a residência da família à mesma unidade domiciliar e não fazendo qualquer referência às várias configurações assumidas pela família contemporânea.

Em outra perspectiva, visão sociológica, encontramos em Quintas (2000, p. 33) a seguinte conceituação:

Tentarei conceituar *família* com base numa formulação ampla sem me apegar a rígidos pressupostos que prejudiquem a sua flexibilidade. A guisa deste princípio, entendo-a como sendo um grupo de indivíduos ligados por elos de sangue – consanguinidade – e/ou de aliança – afinidade – organizados socialmente, visando à procriação/reprodução e à divisão sexual do trabalho .

Interessante a preocupação da autora em não prejudicar a “flexibilidade” (marca maior de nossos dias) da noção de família em sua formulação. Ela admite as várias possibilidades de vinculação na constituição familiar, porém o que antes parecia expressar abertura para as múltiplas faces da família contemporânea, ficou prejudicado no momento em que a vinculou à “procriação/reprodução” uma vez que tem sido cada vez mais frequente sua constituição por casais que escolhem não ter filhos (Mansur, 2003). Não satisfeita com os limites que tal definição impôs ao estudo da temática, a socióloga faz questão de enfatizar: “A família é uma construção ideológica, plena de símbolos, e jamais poderá se afastar do contorno de representações culturais e sociais” (Quintas, 2000, p.33). Complementando a explanação, acrescenta:

O tema exige tratamento especial, que não deve se restringir ao simples “conceito de família”, na maioria das vezes falho e incapaz de traduzir os fecundos espelhos da representação do que é humano. À riqueza da sua construção agregam-se outras construções, todas complexas e carregadas de mistérios (Quintas, 2000, p. 33).

No passo seguinte, buscamos uma definição de **família contemporânea** na perspectiva psicanalítica. Encontramos em Kehl (2003) não exatamente uma definição, mas a descrição do tipo de família característico da contemporaneidade, o mais próximo do inusitado que a caracteriza, denominado pela autora “família tentacular”.

[...] os laços conjugais já não escondem mais a base erótica - portanto, instável - de sua sustentação. Os filhos deixaram de ser a finalidade, ou a consequência inevitável, dos encontros eróticos. As separações e as novas uniões efetuadas ao longo da vida dos adultos foram formando, aos poucos, um novo tipo de família que vou chamar de *família tentacular*, diferente da família extensa pré-moderna e da família nuclear que aos poucos vai perdendo a hegemonia. [...] A família tentacular contemporânea, menos endogâmica e mais arejada que a família estável no padrão oitocentista traz em seu desenho irregular as marcas de sonhos frustrados, projetos abandonados e retomados, esperanças de felicidade das quais os filhos, se tiverem sorte, continuam a ser portadores (Kehl, 2003, p. 3).

Para a autora, a família tentacular contemporânea, de base instável, fixada nos afetos e nos impulsos sexuais, tem por finalidade o encontro afetivo, o viver junto, física e emocionalmente, e não mais, necessariamente, a procriação; ela arrisca, ousa, sonha. Diante da frustração, retoma, persegue, de modo incansável, o amor, deixando, por onde passa, as marcas de seu caminhar irregular:

Na confusa árvore genealógica da família tentacular, irmãos não consanguíneos convivem com “padrastos” ou “madrastas” (na falta de termos melhores), às vezes já de uma segunda ou terceira união de um de seus pais, acumulando vínculos profundos com pessoas que não fazem parte do núcleo original de suas vidas (Kehl, 2003, p.3).

No entanto, tudo tem seu preço; segundo Kehl (2003, p.03), o preço de se levar adiante o “desejo errático, tornado ainda mais complexo no quadro de uma cultura que possibilita e exige dos sujeitos que lutem incansavelmente para satisfazer suas fantasias” – é o desamparo. Vive-se hoje a saudade idealizada de algo não vivido – uma saudade da família burguesa, que, apesar de engessada, se mostrava segura.

Por tudo isso, podemos dizer: os problemas da família tradicional não foram os mesmos da burguesa ou nuclear e, menos ainda, dos vividos pelas famílias contemporâneas nas suas várias configurações. Em cada uma delas, ao longo do tempo, os atores até podem ter sido os mesmos (pai, mãe, filhos), mas os lugares por eles ocupados sofreram

remanejamentos, assim como os textos por eles comunicados a cada época. Foi o que aconteceu em relação ao lugar ocupado pela criança, pelo homem e pela mulher ao longo da história da família – de forma mais específica pela mulher. Embora ela se tenha deslocado do lugar de mera coadjuvante para o papel principal em algumas circunstâncias, um toque de constância marcou a sua caminhada: reservaram-lhe um lugar de destaque sempre que questões relacionadas à procriação e à maternidade vieram à tona.

Portanto, tentar uma definição para família contemporânea em toda a sua amplitude é desafiador, pois se corre, inclusive, o risco de adotar postura conservadora, muito distante do que acontece com ela na realidade. Talvez o mais acertado seja pensá-la em termos de construção plural e denominá-la **famílias contemporâneas** (Fonseca, 2010).

### **2.2.2 Mulher, reprodução e contemporaneidade: prazeres e (des) prazeres**

Assim como aconteceu com a família, podemos afirmar, a mulher contemporânea também é fruto da história que a constituiu; é o resultado de uma produção feita no embate silencioso do dia a dia, travado ao longo de 21 séculos. Incontáveis foram as suas lutas, como também o foram as conquistas do gênero feminino na contemporaneidade, as quais o elevaram a patamares jamais alcançados (Cervený, 2006).

Venturi, Recaman e Oliveira (2004), tomando por base dados da pesquisa desenvolvida pela Fundação Perseu Abramo com 2.502 mulheres brasileiras, já diziam que duas em cada três brasileiras acreditavam que a vida da mulher havia melhorado nos últimos anos – melhora relacionada com o aumento da renda salarial e com o nível de escolaridade por ela alcançado.

Em agosto de 2010, nova pesquisa de opinião – intitulada *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado* – foi desenvolvida pela fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC. Nela, foram ouvidas 2.365 mulheres, em 25 unidades da federação, das cinco macrorregiões do país (Norte, Sul, Sudeste, Nordeste, e Centro-Oeste), em áreas urbana e rural de 176 municípios. No tópico “Percepção de ser Mulher”, onde se investigou “a percepção de melhora na situação das mulheres em comparação com a vida há 20 ou 30 anos”, foram obtidos dados que, comparados os de 2001 com os de 2010, podemos dizer, sinalizam melhora na percepção da própria mulher quanto à sua situação

atual. A questão denominada ESTÁ MELHOR subiu de 65 para 74 e ESTÁ PIOR caiu de 24 para 19. No entanto, vale ressaltar, segundo a pesquisa, para as mulheres com renda de até dois salários mínimos e pouca escolaridade, a vida piorou, o que reflete a profunda desigualdade ainda existente entre as mulheres de nosso país.

Diante de tal constatação, semelhante ao que vimos em relação às famílias contemporâneas, melhor seria que, ao nos referirmos a essa mulher, também o fizéssemos na sua construção plural, denominando-as de **mulheres contemporâneas**. Como nos diz Rocha-Coutinho (1994, p.15), “não existe, na verdade, a Mulher, enquanto gênero universal, mas sim, uma pluralidade de Mulheres”. Na mesma perspectiva, Pinto e Amazonas (2006, p. 27) também nos dizem: “conceituá-la é sempre um ato arbitrário que abandona as diferenças individuais em prol de uma representação social, como se possível fosse encontrar uma essência da mulher”.

A propósito, estudos e pesquisas desenvolvidos nos últimos anos têm-nos ajudado a conhecer melhor quem são essas mulheres, o que fazem, por quais causas lutam, o que mais as gratifica, o que as faz sofrer, entre tantas outras questões a impulsionar o seu existir. Não obstante a “pluralidade de Mulheres” admitida por Rocha-Coutinho (1994) e Pinto e Amazonas (2006), para efeito deste estudo, enfocaremos a mulher das classes médias urbanas, segmento onde se encontram as mães participantes de nossa pesquisa.

Nos últimos 50 anos, essas mulheres viveram guerras, testemunharam avanço tecnológico sem precedentes, conquistaram espaços no mercado de trabalho, viram os meios de comunicação diminuir distâncias e aproximarem pessoas; acompanharam o processo de globalização nas suas vantagens e desvantagens; ajudaram a construir o mundo que aí está, transformando a família e sendo por ela transformada; enriqueceram as artes, as ciências e o mundo do trabalho com sua determinação e sensibilidade (Cervený, 2006).

Dentre tantos fatores que contribuíram para a formação da “nova mulher”, os movimentos feministas foram decisivos nessa construção, pois lhe conferiram um lugar de sujeito autônomo e livre em cenário que ela própria ajudou a construir. Sem dúvida, o papel das feministas merece o nosso reconhecimento. Já na década de 1970, as suas fortes críticas ao sistema de bem-estar social foram fundamentais para despertar a atenção da sociedade e do governo para as condições de desigualdade econômica e social em que vivia a mulher até meados do século XX (Carvalho, 2007).

Fato marcante dos aludidos movimentos foi a Conferência Internacional da Mulher em 1975, a qual imputou ao Estado a responsabilidade pela solução do problema da dependência feminina em relação ao homem, pela promoção da igualdade de oportunidades no trabalho e na educação, pela igualdade salarial bem como pela criação de creches para os filhos da mulher trabalhadora. Temas como o direito ao aborto e à contracepção também foram ali objeto de discussão. Com isso, “as relações entre Estado e a família foram postas em evidência, principalmente a forma pela qual o Estado sistematicamente estruturou a provisão de bem-estar social por meio do trabalho ‘invisível’ da mulher” (Gama, 2010, p.95).

A mulher contemporânea a que nos referimos, no seu sentido mais amplo, é aquela gestada nas lutas feministas e em lutas subsequentes, ocorridas, principalmente, entre as décadas de 1970 e 1980 (Guedes, 1995). Tais lutas moldaram as suas novas aspirações e a imagem de si mesma e do seu lugar no mundo permeado por ganhos e perdas, sobretudo, pelo acúmulo de muito trabalho e novas responsabilidades. Assim Quintas (2000) descreve a mulher contemporânea:

O retrato do feminino sob a ótica contemporânea emoldura-se de um *degradê* com infinitas potencialidades, bem diferente daquele traçado nos séculos anteriores. Aliás, ainda nas primeiras décadas deste século, a paisagem repressora prevalecia, os preconceitos reinavam e a posição de subalternidade indicava um tratamento discricionário. A evolução demorou a acontecer, porém, quando ocorreu, a partir dos anos 60, com o cerimonial preparatório após a Segunda Guerra Mundial, deu-se rapidamente e garimpou espaços efetivamente emancipadores que vêm solidificar uma caminhada por entre longos, longuíssimos corredores sombrios (Quintas, 2000, p. 227).

Se muita coisa mudou no universo dela, outras continuaram como antes. Se, na modernidade, a maternidade foi a maior razão para o seu reconhecimento, na contemporaneidade, “ser mãe” continuou tendo o seu valor, porém, desta feita, para esse projeto transformar-se em realidade, ele teria, agora, que disputar lugar com outras prioridades, como o estudo, o exercício profissional, a busca de independência econômica, entre tantas outras realizações buscadas pela mulher, antes que a satisfação do desejo de ser mãe pudesse acontecer.

Apesar da tão propalada inserção da mulher contemporânea nos mais diversos campos de atuação, Makuch (2006, p. 22) nos diz que “a importância do projeto parental é

universal e tem se mantido assim por séculos. Estima-se que somente 5% da população mundial decide voluntariamente não ter filhos e, portanto, não escolher o papel de pais como desejável”. Não obstante o teor dessa enunciação, convém ressaltar, ser mãe na contemporaneidade não acontece como o foi na modernidade. Segundo nos diz Cervený (2006, p.31), “a mulher agora, mesmo cuidando da casa, responde de forma autônoma por si mesma, tem sua capacidade criadora legitimada, é um sujeito atuante na sociedade, merecedor de respeito e reconhecimento”, ainda que, pela autonomia conquistada, tenha que pagar um alto preço:

O preço pelas conquistas femininas é alto. E a resposta ao que as mulheres parecem esboçar é a de uma polivalência sem descanso, sem começo nem fim, uma perfeição de 24 horas, uma sucessão ininterrupta de uma demanda que gira em torno de “tenho de ser” (tudo: bem-sucedida profissionalmente, mulher, amante, dona-de-casa...), “tenho de ter” (tudo: amor, reconhecimento, filhos...). Acreditamos que tudo isso, a cobrança da mulher em tudo ser e tudo ter, de ser como sua mãe e ao mesmo tempo superá-la, tem muita implicação na enorme frequência de mulheres com problemas de fertilidade atualmente (Braga & Amazonas, 2004, p.196-197).

Para dar conta das tantas responsabilidades, ela tem optado, com frequência, por adiar o projeto da maternidade. Quando decide concretizá-lo, o relógio biológico já não responde satisfatoriamente, obrigando-a, por vezes, a recorrer aos recursos das tecnologias de reprodução ou, até mesmo, a desistir dele em definitivo, já que, em muitos casos, enfrentar o fantasma da infertilidade se coloca como desafio difícil de ser superado.

Com certeza, as décadas de 1960 e 1970 foram decisivas para essas transformações acontecerem, fruto, em grande parte, dos avanços tecnológicos em geral e da medicina em particular. A descoberta da pílula anticoncepcional foi um marco em tal processo, contribuindo substancialmente para que a mulher pudesse desfrutar de sua atividade sexual com mais autonomia, desvinculando-a da vida reprodutiva. Para Sarti (2008, p. 21), “Esse fato criou as condições materiais para que a mulher deixasse de ter sua sexualidade atada à maternidade como um ‘destino’; recriou o mundo subjetivo feminino, ampliou as possibilidades de atuação da mulher no mundo social”. Além do mais, como nos diz Kehl (2003, p. 2), “as s mulheres passaram a incluir a satisfação sexual entre os requisitos para a escolha do cônjuge”.

Por tudo isso, pode-se dizer que o discurso científico marca o *ethos* contemporâneo, desmistificando antigos enigmas e criando novos mitos que logo vão lograr aceitação social. Se a mulher já podia contar com os benefícios da pílula anticoncepcional e com o desenvolvimento dos métodos contraceptivos, discutir sobre planejamento familiar decorreu de forma natural. Agora se tornou possível decidir sobre quando ter filhos e quantos pretende ter, podendo optar, inclusive, por não tê-los, se assim o desejar, porque a vida passou a acenar com outras possibilidades de realização. Nesse cenário, a mulher contemporânea vai ascender socialmente, numa escalada de dinâmica própria, capaz de levá-la a lugares antes impensados ou, até mesmo, vetados ao feminino (Braga, 2006).

Porém tais mudanças vão requerer dela uma nova maneira de funcionar; é preciso aprender a lidar com o fenômeno constante da falta de tempo, resultante do “excesso de tudo” a que se vê submetida pelo muito trabalho e pelas inúmeras responsabilidades assumidas: os muitos afazeres, dentro e fora do lar, provocam diminuição do tempo disponível para a família, para os filhos e para ela própria. Segundo Braga (2006, p. 45), “O feminino, na contemporaneidade, vai apontar para esse “demais” e de “menos”, traduzindo-se numa multiplicidade de lugares, papéis, funções, numa injunção de excelência, feminino incansável (porém exausto), 25 horas por dia, oito dias por semana”.

Não sem consequências físicas e emocionais, o fato é que a mulher tem reafirmado, indubitavelmente, o seu lugar no mercado de trabalho e, ao mesmo tempo, ela exercita o seu poder de escolha sobre a maternidade. Já nos anos 1980, com o surgimento das novas tecnologias reprodutivas, as mudanças foram fortalecendo-lhe a posição frente à procriação, levando-a, cada vez mais, a romper com a concepção naturalizada de família (Makuch, 2006). Em paralelo, os avanços da medicina, quanto à reprodução assistida, foram criando um cenário de esperança, caso ela não conseguisse engravidar pela via da concepção natural. A esse respeito nos diz Giaretta (2007, p.12): “a ciência avança a passos largos neste ramo da medicina, seja nos exames mais detalhados, medicamentos mais eficazes ou no aperfeiçoamento das técnicas de reprodução assistida, aumentando as chances de ocorrer uma gravidez.”

Numa enunciação que mescla sensibilidade, senso de observação e até mesmo certa dose de ironia, Rocha-Coutinho (2011) retrata a mulher do pós-feminismo e, ao mesmo tempo, denuncia a sobrecarga que ela precisa enfrentar em nome da emancipação:



Profissional de sucesso, mãe presente e participativa, dona de casa eficiente, companheira *sexy*, atenciosa e bem-humorada são alguns dos inúmeros e complexos papéis que a mulher pós-feminismo, especialmente aquela que pertence às classes médias, tem que exercer hoje. Difícil é encontrar tempo e disposição para tanto. Não menos difícil é lidar com a imensa sobrecarga física e emocional que estas exigências acarretam e que, não raro, desencadeiam problemas físicos ou psicológicos difíceis de serem suportados (Rocha-Coutinho, 2011, p. 133).

Sem dúvida, o preço pago pelas conquistas tem saído muito caro para a mulher contemporânea. Na emancipação, não há lugar para trocas. Ela mais acumulou responsabilidades do que as substituiu. Facilmente é dela a tripla jornada de trabalho, onde se somam os encargos da vida profissional aos cuidados com os filhos, com o cônjuge, com a família em geral, com a casa, numa distribuição de tarefas quase sempre injusta, marcada muito mais por questões de gênero do que pelas diferenças entre homem e mulher. Assim nos fala Rocha-Coutinho (1994, p. 63): “[...] se para os homens que desejam muito a paternidade, as atribuições e encargos com os filhos continuam, na maioria das vezes a ser amenizados por suas esposas ou companheiras, o mesmo não se verifica no caso das mulheres.”

Ela ainda continua acumulando responsabilidades dentro e fora do lar. Porém o que aparentemente se poderia explicar como mera distribuição de papéis influenciada pela questão de gênero em que ‘homem faz isso e não faz aquilo’, para Rocha-Coutinho (1994) a questão pode ser mais complexa, pois o homem do século XXI, apesar de já admitir a própria participação nas tarefas do lar e nos cuidados com os filhos, encontra resistência na própria mulher, que não quer abrir mão do seu poder e controle no âmbito da casa e da família.

Podemos ressaltar, ainda, que, apesar de todas as mudanças sofridas pela família e pela mulher contemporâneas, continua muito vivo na nossa cultura o fato de se cobrar de um casal que está junto por algum tempo a chegada de um filho. “É como se a instituição casamento estivesse organizada com um pequeno tempo somente para o casal e, logo em seguida, obrigatoriamente viesse o período da procriação, função única desta união” (Giaretta, 2007, p.16). Trata-se de conduta recorrente em nossa sociedade, que continua insistindo em tais cobranças, embora se reconheça que a inserção da mulher no mercado de trabalho tem contribuído para o projeto da maternidade ser cada vez mais postergado ou,

até mesmo, rejeitado, conforme já nos mostrou Mansur (2003) na pesquisa intitulada *A experiência da não-maternidade*.

Pelo exposto, ao se discutir sobre reprodução e maternidade, melhor seria parafrasear Figueira (1994) e, como ele, dizer que facilmente o novo e o moderno abrem espaço para que o arcaico e o antiquado possam reaparecer. Rocha-Coutinho (1994) também se expressa a esse respeito:

Na prática, o que se vem observando, no entanto, é que o discurso social, apesar de ter incorporado estes novos papéis à identidade feminina e de ter, até certo ponto, questionado a doutrina da maternidade como essência, mudou muito pouco a sua definição de mulher. Isto é, ele continua a atribuir a ela todos os encargos com a casa e a família, tributário ainda a características que, no fundo, a sociedade considera até agora como essencialmente feminina (Rocha-Coutinho, 1994, p.61).

Portanto, por mais variadas razões, continuam recaindo sobre a mulher contemporânea as exigências relativas à educação dos filhos e ao ‘ajustamento’ da família, além daquelas relacionadas à sua eficiência como dona de casa e profissional. Isso pode resultar em grandes conflitos com repercussões sobre a sua saúde. A propósito, merece destaque o aumento de enfermidades tidas como tipicamente masculinas, como a hipertensão, as doenças do coração e outras mais causadas pelo estresse permanente resultante do excesso de responsabilidades a ela submetido (Pinto & Amazonas, 2006); além disso, mostra-se como relevante o aumento dos casos de infertilidade feminina (Braga & Amazonas, 2004).

Tal constatação não se dá sem dor e sem sofrimento, do diagnóstico à busca de tratamento, tanto pelo preconceito que a temática encerra quanto pelos desgastes físico, emocional e financeiro causados por esse processo. “Quando se trata o tema da infertilidade, vem à tona um preconceito ainda existente fortemente na sociedade atual. Para a mulher, o tema se apresenta de forma estigmatizante e depreciativa [...]” (Giaretta, 2007, p.11).

Portanto, quando a realização do projeto parental não acontece pela via natural, recorrer à reprodução assistida é alternativa possível, apesar de conferir à maternidade caráter específico e com consequências ainda pouco conhecidas. Como nos dizem Dornelles e Lopes (2010, p. 7), “A experiência traumática desse período é, por vezes, intensificada pelo frequente nascimento prematuro dos bebês, que impõe às mães uma

realidade na qual os cuidados com o bebê prematuro ficam ao encargo de uma UTI Neonatal, uma espécie de útero substituto.”, que, apesar de “salvar” vidas, confere à mãe e aos seus bebês sofrimento intenso.

### **2.2.3. Mulher contemporânea e reprodução assistida: possibilidades e desafios**

No caso de se tentar aproximação entre o desejo de ser mãe e a busca de ajuda profissional para engravidar, de pronto, defrontamo-nos com razões objetivas que justificam tal incapacidade. Para tanto, sabemos que a medicina reprodutiva logo colocará à disposição dessa mulher um aparato biotecnológico capaz de satisfazer-lhe o desejo.

Porém, se considerarmos que uma das características do desejo é a ambivalência, logo nos depararemos com um querer e um não querer só aparentemente contraditórios – na maioria das vezes, polos de uma mesma questão que exige exame para além das perspectivas médicas, bioéticas ou feministas, ou seja, deve-se buscar, nos ensinamentos da psicanálise, as motivações e os significados inconscientes que porventura interferiram na expressão desse desejo (Gasparini, 2009). Ao refletir sobre tal questão, Souza (2009) assim se coloca:

Não podemos esquecer que apesar de todo o avanço tecnológico, o desejo humano associado ao nascimento de um filho é influenciado por fatores conscientes e inconscientes, e não podemos negar a influência emocional do sujeito, que também é invadida pelas expectativas familiares e sociais de um casal (Souza, 2009, p. 57).

Assim, antes de discutirmos sobre reprodução assistida, é importante tecermos algumas considerações acerca da questão da infertilidade/esterilidade, em virtude da relevância nas discussões sobre reprodução humana. Trata-se de temática complexa e, além de tudo, exposta aos efeitos negativos de discriminação velada do feminino, facilmente identificada nas entrelinhas das discussões sobre o assunto. No seu enfrentamento e superação, há muitos obstáculos, sobretudo, por se tratar de questão que sofre influência, ao mesmo tempo, de uma visão preconceituosa e desvalorizadora do feminino e supervalorizadora do masculino.

Partindo-se do pressuposto de que tanto a infertilidade quanto a esterilidade humana aparecem como doenças devidamente registradas na classificação internacional de doenças (CID 10, OMS), com os códigos N97.0 e Z35.0, respectivamente, espera-se que demandem tratamento e, por conseguinte, encontrem na reprodução assistida, uma alternativa possível. Embora o alvo das tecnologias de reprodução não seja a cura da infertilidade/esterilidade, para alguns teóricos, pode-se compreendê-la como terapêutica de amplo espectro no trato da questão que envolve o desejo de ter um filho (Brauner, 2003).

A infertilidade pode ser compreendida como a incapacidade temporária de engravidar ou de sustentar uma gravidez até que o nascimento do bebê aconteça; porém, se essa incapacidade se torna permanente, o quadro é o da esterilidade (Bagnoli et al., 2000).

Em obra intitulada *Infertilidade e... quadrigêmeos!: a história de uma família*, Giaretta (2007) nos traz ampla caracterização da infertilidade apresentada pelo Dr. Karam Abou Saad, prof. de reprodução humana da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Dada a riqueza de informações, optamos por apresentá-la textualmente.

Infertilidade é não conseguir uma gravidez naturalmente após um ano de relacionamento sexual, sem uso de métodos anticoncepcionais. Ainda que não sirva de consolo, você deve saber que não está sozinho, já que mais de 10% dos casais no mundo apresentam dificuldade para engravidar. Isto representa, aproximadamente, 3 milhões de casais no Brasil. Após um mês de relacionamento sexual sem uso de métodos anticoncepcionais, 30% dos casais obterão uma gestação, enquanto 50% conseguirão a gravidez após 6 meses. Após um ano, 80% dos casais conseguirão. Os 20% restantes demorarão muito mais tempo ou necessitarão de auxílio médico para obter uma gestação. Estes serão rotulados como casais inférteis para revolta e incompreensão da maioria, pois a natureza para eles falhou naquilo que eles têm de mais íntimo e se sentirão deficientes (Saad, K.A. apud Giaretta, 2007, p.21).

O projeto de ter um filho traz consigo componentes de várias ordens: existenciais, sociais, religiosos; faz parte da história pessoal dos indivíduos e sofre influência de aspectos simbólicos saudáveis, podendo, também, associar-se à busca de solução de conflitos individuais e ou conjugais; além disso, pode resultar de desejos ligados a necessidades pessoais, como o desejo de dar continuidade à genética familiar ou de fortalecer o relacionamento conjugal (Souza, 2009). A esse respeito, Pedreira (2000) vai nos dizer que toda gravidez, enquanto ato, reflete a “corporificação de um fantasma” e, por isso, está sempre cheia de desejo. Quando a interrupção do projeto acontece, “[...] ele

transcende os fatores somáticos, psíquicos e sociais vinculados ao desejo da parentalidade de um sujeito” (Souza, 2009, p.51), cujas repercussões podem alcançar a vida emocional do casal a ponto de fazer aflorar antigos conflitos ou precipitar novos, podendo, inclusive, desequilibrar a relação e trazer sofrimento para um ou para ambos os parceiros.

Para Souza (2009), o nascimento de uma criança também carrega consigo as marcas deixadas pelas necessidades próprias da cultura, na medida em que sofre influências históricas e sociais de diferentes épocas. Trata-se de fenômeno sensível às mais diversas transformações sofridas pela humanidade, em especial, aquelas proporcionadas pelo progresso da ciência quando, em suas descobertas, tem alterado o processo de nascimento, cuja maior expressão se pode evidenciar nos avanços obtidos pela reprodução assistida. “Assim, a reprodução assistida faz parte da evolução da ciência, alterando a condição humana quanto à sua descendência e sentimento de finitude” (Souza, 2009, p. 51).

Por tais razões e com base em estudos realizados com casais inférteis, Guazzelli e Vaz (2000) já diziam que a infertilidade é um fenômeno intrincado e de múltiplas faces, capaz de atingir de 8,5% a 20% da população mundial. Nesse sentido, ainda podemos dizer, por mais que a medicina tenha evoluído em relação à temática em questão, o diagnóstico continua sendo um sério problema, causador de sofrimento, de conflitos pessoais e sociais para aqueles que o enfrentam (Moura, Souza & Scheffer, 2009).

Segundo informações fornecidas pelo Centro Paranaense de Fertilidade (Curitiba, PR), as causas da infertilidade estão distribuídas da seguinte forma: 40% exclusivamente feminina; 30% exclusivamente masculina; 20% de ambos os cônjuges e 10% sem causa aparente. Os fatores causadores da infertilidade na mulher são a laqueadura e as inflamações nas trompas, a endometriose<sup>3</sup>, a falta de ovulação, as infecções no colo uterino e, mais raras, anomalias uterinas que impedem a gestação, além do aparecimento de pólipos e miomas.

Quanto às causas masculinas, segundo Moura, Souza e Scheffer (2009), há diferentes fatores que, quando associados, podem causar a redução do potencial fértil. Há doenças genéticas, herdadas e adquiridas. Além disso, fatores relacionados a hábitos de vida pouco

---

<sup>3</sup> Endometriose –“Endométrio é o revestimento interno do útero. Endometriose é a presença de endométrio fora do útero, resultado da migração de células endometriais para o interior do abdome. Origina-se quando células endometriais migram pelas trompas para o interior do abdome podendo implantar-se em qualquer órgão pélvico, provocando micromenstruações, prejudicando a fertilidade”. Fonte: Centro Paranaense de Fertilidade (2007)

saudáveis – como o tabagismo e outras drogas, os anabolizantes, exercícios físicos em excesso, a obesidade, a exposição acentuada a produtos tóxicos e à poluição, o estresse e a má nutrição – afetam negativamente a produção de espermatozoides. Ainda mais: estudos sobre o impacto da idade do homem na fertilidade masculina têm, nos últimos anos, revelado que ela influencia no potencial de gravidez do casal.

No entanto, quaisquer que sejam as causas, os estudos conduzidos por Mamede (2000) demonstram que a infertilidade é vivenciada pelos indivíduos como fonte geradora de ansiedade, de muito estresse, de depressão e culpa, além de provocar problemas sexuais, conflitos conjugais e distanciamento da realidade a seus portadores. Tais dados permitem recomendar aos estudiosos do assunto que, em suas pesquisas, contemplem aspectos relacionados à história particular de cada sujeito, às questões culturais e de gênero, inclusive, com ênfase na relação médico-paciente estabelecida durante o tratamento.

Palácios e Jadresic (2000), em consulta à literatura relativa aos estudos produzidos por profissionais de saúde mental que lidam com infertilidade, encontraram trabalhos nos quais se afirma que problemas reprodutivos repercutem na vida psíquica, familiar, social, e, como já referido, também são influenciados por questões culturais; e mais: podem gerar crise vital e conjugal, refletindo, inclusive, sobre a vida econômica dos indivíduos. Achados relativos ao sofrimento emocional vivido por essas pessoas são vistos como decorrência da infertilidade, e não como sua causa.

Com base em protocolos de pesquisa em que foram utilizados temas, como infertilidade, gravidez, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, concepção e práticas referentes à saúde reprodutiva, Trindade e Enumo (2002) trabalharam com grupos, recorrendo à associação livre. Concluíram que 25% do grupo tinham problemas nos órgãos reprodutivos; desse percentual, 8,8% apresentavam malformação uterina e já haviam sofrido abortos espontâneos. A partir daí, utilizaram análises de correspondência relativas ao perfil feminino e constataram que, nessa ordem de apresentação, as expressões “sem filhos”, “casada”, “solteira”, “tristeza” e “incompleta”, apareceram com mais frequência que a expressão “não é problema”. Dos achados da pesquisa, foi possível concluir que a maternidade é tida como sinal de *status* elevado e sua ausência, relacionada à pressão, solidão, frustração e inferioridade. Do ponto de vista social, a infertilidade é vista como depreciativa e estigmatizante. Na perspectiva masculina, ela aparece associada a problemas de sexualidade e à virilidade; na das mulheres, à assexualidade. Quanto a filhos biológicos,

os homens os associaram à necessidade de descendência; as mulheres, à questão da legitimidade, o que pode refletir a existência, ainda hoje, de uma visão romântica e idealizada da maternidade em homens e mulheres. Ainda para Trindade e Enumo (2002), a infertilidade, em alguns casais, pode interferir na virilidade e na libido da mulher.

Por tudo isso, podemos dizer que, apesar de a infertilidade ser um fenômeno que se inscreve no corpo, guarda estreita relação com a questão emocional. Por essa razão, na atualidade, tem-se discutido amplamente sobre a necessidade de acompanhamento psicológico dos casais envolvidos em programas de investigação e de tratamento dos problemas de infertilidade. “Hoje, programas de atendimento com abordagem integral do humano englobam os aspectos clínicos, as reações emocionais e o isolamento social, sendo esta uma abordagem biopsicossocial, que abrange o viver humano e não sistemas reprodutores” (Souza, 2009, p. 54).

Portanto, à reprodução assistida cabe, de modo particular, investigar e tratar clinicamente os problemas de infertilidade; em paralelo, aos profissionais de saúde mental compete cuidar daqueles que sofrem com as dificuldades emocionais dela decorrentes. “A abordagem biopsicossocial em tratamento de inférteis, além do tratamento clínico e da investigação dos problemas reprodutivos, visa ações direcionadas à superação do desgaste emocional, problemas conjugais e isolamento social que muitos casais se deparam ao longo do processo pessoal de ter um filho” (Souza, 2009, p.54).

Ao tentar compreender os mecanismos psíquicos que poderiam estar na base do desejo de ter um filho, ou, contrariamente, de não tê-lo, encontramos em Winnicott (1975, p. 95) uma explicação sobre as bases de um viver criativo que talvez responda às nossas indagações:

É através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida. Em contraste, existe um relacionamento de submissão com a realidade externa, onde o mundo em todos seus pormenores é reconhecido apenas como algo a que ajustar-se ou a exigir adaptação. A submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada à ideia de que nada importa e de que não vale à pena viver a vida. Muitos indivíduos experimentaram suficientemente o viver criativo para reconhecer, de maneira tantalizante, a forma não criativa pela qual estão vivendo, como se estivessem presos à criatividade de outrem, ou de uma máquina (Winnicott, 1975, p. 95).

Na tentativa de articular o pensamento do autor com a questão da infertilidade e a consequente busca da reprodução assistida, vamos perceber que, neste caso, a linearidade do processo compromete a espontaneidade do gesto na sua menor expressão: da concepção ao parto, tudo deixa de ser manifestação do casal, para ceder espaço à triangularidade obrigatória entre marido-mulher-especialista. O médico dita as regras e o casal obedece. O cenário onde tudo acontece deixa de ser o aconchego do lar e se transporta para o ambiente estéril da clínica de fertilização; nela, não há espaço para a espontaneidade nem para os improvisos. No tocante ao ato de conceber um filho, reduz-se a capacidade de criar (no sentido de criar a si mesmo), de sustentar os próprios desejos na condição de **ser de possibilidades** própria do humano, que é capaz de reinventar-se a si mesmo e de dar sequência à sua **continuidade de ser** (Winnicott, 1975).

Na esteira dessa reflexão, talvez pudéssemos dizer que, no desejo de ter um filho satisfeito por meio da reprodução assistida, há “um relacionamento de submissão com a realidade externa, onde o mundo em todos seus pormenores é reconhecido apenas como algo a que ajustar-se ou a exigir adaptação”. Talvez, conforme nos diz Winnicott (1975, p.95), seja esse o caso “de muitos indivíduos que experimentaram suficientemente o viver criativo para reconhecer, de maneira tantalizante, a forma não criativa pela qual estão vivendo, como se estivessem presos à criatividade de outrem, ou de uma máquina” – presos à criatividade de um médico, aos laboratórios e aos aparelhos de última geração utilizados pelas clínicas de fertilização?

Provavelmente, anterior ao tratamento de fertilização, haja algo da ordem do desejo daquela mulher que precisa ser levado em consideração: alguma coisa relacionada à sua condição de ser desejante, independente dos caminhos que utilize para consolidar-lhe a satisfação; algo da ordem da sua capacidade de criar oriunda do próprio imaginário, capaz de alimentar, ou não, o desejo de ser mãe. Para Winnicott (1975, p.100-101), “[...] é possível estabelecer um vínculo entre o viver criativo e o viver propriamente dito. É possível estudar as causas da perda desse viver criativo: porque pode desaparecer o sentimento que o indivíduo tem de que a vida é real ou significativa.” Esse é o substrato com que contará a mulher na alimentação dos planos e na satisfação dos desejos.

Todavia, para além dos impedimentos internos que deixam marcas na subjetividade, para a infertilidade feminina, há outros fatores de risco da ordem dos fenômenos físicos, como, sobretudo, as enfermidades sexualmente transmissíveis e as doenças inflamatórias



da pelve, pelo risco de provocar obstrução tubária e aderências tubo-peritoneais. A disfunção ovariana, associada à idade avançada, assume papel preponderante, quando a mulher de mais idade resolve engravidar (Bagnoli et al, 2000). Em outra perspectiva, Cavalcante e Cavagna (2009) afirmam que há uma tendência, nas últimas décadas, de se atribuir a diminuição das taxas de fertilidade feminina principalmente à educação e à participação da mulher no mercado de trabalho, na medida em que ela passa a priorizar o sucesso e a realização profissional em detrimento da maternidade. Pode-se dizer, ainda, que problemas presentes na infertilidade masculina, como o sedentarismo, a obesidade, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e ou drogas ilícitas, também podem contribuir para a infertilidade feminina, considerando-se o casal e não apenas a mulher.

Para Cavalcante e Cavagna (2009), em torno dos 35 anos, a mulher começa a apresentar diminuição acentuada da fecundidade – idade em que grande número daquelas que priorizam a carreira profissional começa a pensar na maternidade. Diante disso, uma espécie de antagonismo biológico-social revela a sua face mais dura: a incompatibilidade entre dar prosseguimento às aspirações profissionais e o projeto de ser mãe pela via natural. Na maioria dos casos, a idade biológica já não responde.

[...] há uma discrepância entre os legítimos anseios e as aspirações da mulher no mercado de trabalho e sua biologia, pois a função reprodutiva feminina não acompanha as tendências do mundo moderno. Configura-se, assim, uma dissociação biológico-social, pois a maternidade continua na dependência da idade biológica da mulher, permanecendo válido o conceito biológico do professor de obstetrícia Raul Briquet, de que a melhor época para a mulher gestar o seu primeiro filho situa-se ao redor dos 20 anos de idade (Cavalcante & Cavagna, 2009, p. 6).

Quando o referido quadro se estabelece, fatores de riscos tendem a crescer em proporção equivalente ao aumento da idade; em paralelo, diminuem as taxas de fertilização e de implantação e cresce a possibilidade de perdas gestacionais e de fetos portadores de alterações cromossômicas. Ainda assim, se o desejo de ser mãe assume caráter irrenunciável, recorrer à reprodução assistida pode revelar-se alternativa possível.

Por nos interessar o depoimento de mulheres que deram à luz bebês múltiplos, gerados por reprodução assistida, reservaremos espaço a essa temática nas páginas subsequentes.

Segundo Freitas, Siqueira e Segre (2008, p. 93), reprodução assistida é “[...] basicamente, a intervenção do homem no processo de procriação natural, com o objetivo de possibilitar que pessoas com problemas de infertilidade e esterilidade satisfaçam o desejo de alcançar a maternidade ou a paternidade”.

Trata-se da utilização de um conjunto de procedimentos e técnicas que variam desde a relação sexual programada, passando pela inseminação artificial intrauterina, até a fertilização extracorpórea, que abrange a fertilização *in vitro* (FIV) e a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), subdivididos entre intervenções de alta e de baixa complexidade.

A intervenção pode se dar de uma forma parcial (como nas técnicas de inseminação intra-uterina ou ditas de baixa complexidade) ou de modo mais invasivo, como nas fertilizações *in vitro*, com aspiração de oócitos, fertilização em laboratório, introdução dos espermatozoides diretamente nos óvulos (ICSI), intervenções sobre os embriões, criopreservação, diagnóstico pré-implantacional e tantas outras derivações, às quais se dá o nome de alta complexidade. E o conhecimento sobre as alternativas invasivas, o domínio das técnicas, tem tido praticamente um efeito em cascata, se multiplicando e se disseminando, hoje disponíveis em todo o mundo (Souza & Moura, 2009, p.65).

Na tentativa de buscar os antecedentes históricos da reprodução assistida, vamos encontrá-los, mais precisamente, a partir de meados do século XX, quando o mundo ocidental começou a testemunhar as grandes transformações da ciência no campo da medicina reprodutiva.

Se, até então, o projeto de ter um filho se concretizava exclusivamente pela via natural, fruto de encontro sexual entre um homem e uma mulher ou, de outra forma, da adoção, a partir daí, gestos, atos e consequências foram dando lugar a grandes transformações, em escalada imprevisível capaz de tudo modificar, inclusive, a concepção sem ato sexual. Na atualidade, podemos dizer, já se produz vida em laboratório; basta se contar com a existência de gametas masculinos e femininos e com a presença de um médico especialista para realizar a fecundação (Souza, 2009).

Se, por um lado, a reprodução assistida é fonte de dúvida, dor e sofrimento para aqueles que a ela recorrem, por outro, ela devolve a possibilidade de ter um filho a pessoas que, na maioria das vezes, nem mais esperanças alimentavam nesse sentido. Segundo Giaretta (2007, p.10), “Um milagre! Sim, quando dois se transformam em seis em apenas

nove meses, estamos diante do milagre da vida. A força incomensurável que a natureza exerce sobre nós para perpetuar a vida, a força da reprodução, a força que move o mundo”.

No entendimento de Tomé e Duarte (2011), do ponto de vista estatístico, a chance de uma mulher engravidar, naturalmente, de dois bebês ao mesmo tempo é de 1 para cada 80 gestações; porém, quando se considera o acesso da população aos recursos da reprodução assistida, essas proporções se modificam. Em estados com maior acesso a tratamentos de alta complexidade, como São Paulo e Rio de Janeiro, a ocorrência tem sido bem maior que a média. Entre os 599 mil paulistas nascidos em 2010, 13.215 eram gêmeos (1 para cada 45). No Rio de Janeiro, onde nasceram 200.257 bebês no mesmo período, a proporção de gêmeos foi de 1 para cada 51.

Dessa forma, o tema “reprodução assistida” assume maior relevância quando se constata aumento no número de nascimentos múltiplos no Brasil, se comparado ao decréscimo observado em relação ao total de nascidos vivos no país. Segundo o IBGE (2009), o total de nascidos vivos divulgados pelo SINASC, para o conjunto do país, passou de 3,2 milhões em 2000, para 2,9 milhões em 2006. Ainda, de acordo com dados da *pesquisa do registro civil 2010* divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), os nascimentos de múltiplos têm aumentado cada vez mais – em sete anos, a quantidade de partos múltiplos aumentou 17% no Brasil. O principal motivo para tal crescimento talvez tenha sido a popularização dos métodos de reprodução assistida. O estudo revela que a proporção de nascidos de um mesmo parto passou de 1,59% em 2003 para 1,86% em 2010, ou seja, a cada ano, nascem 51 mil brasileiros gêmeos, trigêmeos e quadrigêmeos, o que, segundo a literatura, parece ser uma tendência não apenas no Brasil. Segundo Freitas, Siqueira e Segre (2008, p. 03), “Nos Estados Unidos, de 1997 a 2000, a proporção de partos múltiplos atribuíveis à RHA<sup>4</sup> aumentou de 11,2% para 13,6%, enquanto a proporção atribuível à concepção natural diminuiu de 69,9% para 64,5%”.

De acordo com o médico Renato Fraietta, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), "Uma, em cada cinco mulheres que engravida por meio de tratamento, dá à luz mais de um bebê". Para aumentar as chances de gravidez, os médicos injetam no organismo da mulher elevadas doses de hormônios, a fim de estimular a ovulação, como também implantam vários embriões de uma só vez (Thomé & Duarte, 2011).

Se tentarmos uma retrospectiva histórica, perceberemos o quanto a humanidade já caminhou em matéria de reprodução humana. Há crescente e incansável trabalho dos

---

<sup>4</sup> RHA – Reprodução Humana Assistida.

cientistas no sentido de criar novas possibilidades para esse campo. O nascimento de Louise Toy Brown, em 25 de julho de 1978, na Inglaterra, constituiu o marco histórico de tal processo – uma espécie de acontecimento emblemático da reprodução assistida. Nascia, naquela data, o primeiro bebê de proveta, consequência da fertilização *in vitro* (FIV) realizada pelos cientistas Patrik C. Steptoe e Robert Edwards, o que rendeu a este último, pelo grande feito à humanidade, o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia de 2010. Certamente eles deram o passo mais importante até aquele momento, em matéria de reprodução humana assistida; porém os achados da ciência não pararam por aí.

Em 1984, nos Estados Unidos, nascia o primeiro bebê gerado em barriga de aluguel. No mesmo ano, em 07 de outubro, nascia Anna Paula Caldeira, o primeiro bebê de proveta gerado no Brasil. Em 1990, surgiu o diagnóstico genético pre-implantacional: por seu intermédio, tornou-se possível detectar se o embrião teria anomalia genética antes de colocá-lo no útero. Em 1992, bebês foram gerados por meio de injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI): técnica pela qual um único espermatozoide é injetado no interior de cada óvulo. Em 2002, toda mulher, se assim o desejasse, já poderia recorrer a bancos de espermatozoide para ter filhos por inseminação artificial. Em 2006, uma espanhola de 67 anos se tornou a mãe mais velha do mundo, após dar à luz bebês gêmeos. Em 2009, espermatozoides foram criados de células-tronco extraídas de embriões (Cavagna, 2009; Moura, Souza & Scheffer, 2009).

E o que está por vir? Uma nova possibilidade é que células da pele de homens inférteis poderão ser induzidas a se comportarem como células-tronco embrionárias para, em seguida, se transformarem em espermatozoides (Segatto, 2010).

Como podemos constatar, os avanços na área da reprodução humana têm alcançado proporções inimagináveis no Brasil e no mundo. Dados do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), órgão ligado à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), revelam que o Brasil alcançou uma taxa de fertilização *in vitro* de 73%; em Pernambuco, essa taxa chegou a 74%. Tais informações constam de relatório com dados de 2012 relativos ao número de embriões preservados e doados para pesquisas com células-tronco.<sup>5</sup>

Parece-nos importante, também, dizer que o Brasil dispõe de 120 centros de reprodução humana assistida, dos quais apenas seis oferecem tratamento gratuito. Em três deles o tratamento é

---

<sup>5</sup> Fonte: Reprodução Assistida: Conheça os avanços obtidos na área em Pernambuco e no Brasil. Especial Publicitário Saúde PE. Revista Veja. ed. 2.388, de 27 ago. 2014.

totalmente gratuito; nos outros três, cobra-se pela medicação. Há, no Rio de Janeiro, um serviço público que disponibiliza apenas os exames para diagnosticar a causa da infertilidade. Os serviços são limitados em relação à demanda, e 80% deles estão no estado de São Paulo, cuja maior concentração se dá na capital (Freitas, Siqueira & Segre, 2008). Já Pernambuco conta com quatro serviços especializados em reprodução assistida: três são particulares; um, público – tratamento oferecido gratuitamente pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), a partir de convênio firmado em 2009 com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de se tratar de tema complexo, a reprodução assistida ainda não encontra o respaldo necessário nas políticas de saúde pública do Brasil. Enquanto isso, como os números confirmam, o nascimento de múltiplos continua crescendo.

Embora a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* sejam realizadas no Brasil há 20 anos, ainda não há legislação específica que regule a reprodução humana assistida, embora tramitem no Congresso Nacional, aproximadamente, 10 projetos de lei direcionados a regulamentar o uso dessa prática. Enquanto isso, o disciplinamento tem sido produzido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), no sentido de diminuir os riscos quando da utilização dos vários procedimentos disponíveis. Para tanto, o referido conselho tem feito seguidas publicações acerca da temática. Espera-se, com isso, que a taxa de nascimento de múltiplos baixe nos próximos anos.

Na Resolução CFM nº 1.957/10, o conselho limitou o número de embriões que as pacientes podiam receber a cada tentativa. Para mulheres de até 35 anos, no máximo dois; para as de 36 a 39, três; para as de 40 em diante, quatro. Na Resolução CFM nº 2.013/2013 (publicada no D.O.U. de 09 de maio de 2013, Seção I, p. 119), determina a adoção de normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida como dispositivo a ser seguido pelos médicos especialistas na matéria.

Em face da premência desse assunto e na tentativa de expressar a real necessidade de disciplinamento da matéria por parte do Congresso Nacional, foi produzida uma exposição de motivos da Resolução CFM nº 2.013/13 pelo Sr. Dr. José Hiran da Silva Gallo, coordenador da comissão de revisão da Resolução CFM nº 1.358/92 – Reprodução Assistida, Brasília-DF, em 16 de abril de 2013 –, a qual, pelo caráter elucidativo da questão, optamos por apresentar na íntegra, no **Anexo A** deste trabalho.

Dada a importância do conteúdo tratado na Resolução CFM nº 2.013/13 acima referida, recortaremos alguns aspectos que interessam mais de perto ao nosso estudo.

## I - Princípios Gerais

- 2 – [...] a idade máxima das candidatas à gestação de RA é de 50 anos<sup>6</sup>.
- 4- As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo ( presença ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.
- 6 - O número máximo de oócitos<sup>7</sup> e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos faz-se as seguintes recomendações: a) mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres entre 40 e 50 anos: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.
- 7 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

### IV - Em relação à criopreservação de gametas ou embriões:

- 1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozóides, óvulos e embriões e tecidos gonádicos.
- 2 - O número total de embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, devendo os excedentes, viáveis, serem criopreservados.
- 3- No momento da criopreservação os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos embriões criopreservados, quer em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.
- 4 - Os embriões criopreservados com mais de 5 (cinco) anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes, e não apenas para pesquisas de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança.

---

<sup>6</sup> Essa idade limite foi revista pela Resolução CFM 2.121/15, apresentada no anexo B deste trabalho.

<sup>7</sup>Oócitos – células femininas geminais que são geradas nos ovários. É uma fase do desenvolvimento do ovo, quando ele ainda não tem amadurecido. Disponível em: <<http://educavita.blogspot.com.br/2013/01/conceitos-e-definicao-de-oocito.html#sthash.2niFNkbZ.dpuf>>. Acessado em 23 jul.2015.

Pela falta de legislação específica que discipline a matéria, fica difícil definir, em nosso país, o permitido e o vetado em relação à de reprodução assistida.

Não obstante todo o esforço despendido pelo CFM no sentido de disciplinar a matéria, o Brasil continua lidando com um vácuo legal que tem gerado abusos de profissionais inescrupulosos, os quais acabam por ultrapassar os limites da ética e do respeito humano, transformando pacientes em suas vítimas.

Em relação às transgressões, a mais grave se refere aos abusos cometidos pelo Dr. Roger Abdelmassih, transformado no “expoente dos absurdos” já cometidos em território brasileiro por especialistas em reprodução humana. Segundo matéria publicada pela *Revista Época* em maio de 2011, em São Paulo, pais descobriram que os bebês gerados com a ajuda do aludido médico não eram seus filhos biológicos, além de abusos sexuais cometidos por ele a suas pacientes. Esse caso acabou sendo investigado pelo Ministério Público e pela Polícia Civil de São Paulo.

Porém os excessos relacionados à reprodução assistida não se limitam à conduta inadequada dos especialistas. O comportamento dos pais também tem sido objeto de indignação de muitos. Um exemplo do inaceitável provém de Curitiba (PR) em 2011. Em virtude da excepcionalidade, o fato foi manchete em toda a mídia nacional.

A matéria produzida por Collucci (2011) e publicada na *Folha de São Paulo*, em 02 de abril de 2011, relatou o ocorrido com um casal que, após a mulher submeter-se a tratamento para engravidar, ganhou três meninas prematuras. O pai, que desejava apenas dois bebês, manifestou desejo de deixar na maternidade aquela portadora de insuficiência pulmonar. À época, o fato causou indignação aos funcionários da maternidade onde o parto acontecera, a ponto de eles denunciarem o ocorrido ao Conselho Tutelar. Este, de início, deu a guarda temporária das crianças a parentes, mas permitiu que os pais as visitassem. O médico Karam Abou Saab, responsável pela fecundação dos óvulos implantados na mãe dos bebês, também se mostrou surpreso, porque desconhecia casal que, após tratamento, recusasse os filhos – inclusive, porque a informação acerca da possibilidade de nascerem filhos múltiplos é repassada aos pais durante o tratamento.

Como se percebe, apesar de serem muitos os benefícios prestados pelas tecnologias de reprodução aos casais inférteis e a todos aqueles que desejam realizar o sonho da maternidade/paternidade, ainda há muito por se descobrir e disciplinar, como também

pouco se sabe a respeito das consequências sobre a vida daqueles que a ela se submetem (Mongenster & Gueller, 2012).

Por tudo discutido até aqui, já podemos dizer que a concepção por reprodução assistida faz parte de cenário em franca expansão no mundo contemporâneo; porém, ao mesmo tempo, uma questão nos ocorre: estaríamos testemunhando, por meio da reprodução assistida, a livre expressão de um processo de tecnologização da vida humana? A esse respeito, Ramirez (2003, p.109) chama a atenção do leitor para tais riscos, ao mesmo tempo em que o alerta para o fato de que a expansão das tecnologias “[...] faz parte de um processo globalizado dos países que apostam nas tecnologias de ponta, do qual o Brasil não escapa, consagrando-se, proporcionalmente, como o país com maior número de ciclos de reprodução assistida na América Latina.” Entretanto, enquanto o avanço da ciência em nosso país poderia ser tão somente motivo de orgulho para todos nós, transforma-se em fonte de preocupação permanente, pelo fato de pouco se discutir sobre as consequências do uso indiscriminado de tais recursos para a população que a eles recorre. Assim, convém intensificar as reflexões a respeito do uso responsável das tecnologias de reprodução baseado nos princípios da ética e do respeito à vida humana; sem isso, correremos o risco de procedermos à verdadeira tecnologização da vida humana a que Ramirez (2003, p. 109) se refere:

Pesquisadoras(es), especialmente do Reino Unido, França e Estados Unidos, têm desenvolvido análises sobre este campo. Mas, nós, o que temos a dizer acerca das especificidades do processo de inserção e crescimento acelerado dessas tecnologias em um país como o Brasil? Salvo alguns empreendimentos realizados por algumas pesquisadoras sob a perspectiva da bioética e do feminismo, há um silêncio gritante da reflexão sociológica, antropológica e filosófica brasileira a respeito deste assunto.

Ainda se carece de reflexões mais consistentes acerca dos limites dessa ação e dos interesses subjacentes que movem tal prática. Na verdade, procedimentos que interferem na criação da vida não podem deixar de criar polêmicas e controvérsias das mais diversas, seja no tocante às questões éticas, morais, filosóficas e ou religiosas.

Por fim, fazendo nossas as palavras de Moura, Souza e Scheffer (2009, p.11), concluímos este capítulo desejando que [...] “os profissionais, detentores que são do conhecimento e das técnicas de tratamentos que devem ser para todos, precisam considerar também o caso singular daquele sujeito e sua história. Com a palavra, também, a



sociedade, e o que ela tem a nos dizer”. Em sendo assim, se conseguirmos mobilizar o leitor nesse sentido, nosso esforço terá valido a pena.

### **3.APRENDENDO COM WINNICOTT**

*“Winnicott escreve como quem rabisca. Formula certas ideias que nunca se fecham e que convidam o leitor para um jogo de reflexão.”*

**(Gilberto Safra)**

### 3.1 Situando a temática

Investigar a condição de mulheres que buscaram a reprodução assistida e se tornaram mães de múltiplos bebês, bem como, ao mesmo tempo, procurar compreender como têm lidado com tal condição tornou-se o objeto de nossa especial atenção.

Nesse percurso, poder contar com o pensamento de Winnicott, em especial com a **teoria do amadurecimento humano**, se revelou de fundamental importância. A clareza de suas ideias, a diversidade dos conceitos trabalhados e, sobretudo, o vasto repertório por ele disponibilizado acerca da noção de ambiente facilitador, da relação mãe-bebê e do desenvolvimento emocional primitivo, constituiu-se fator determinante de nossa opção teórica, além do fato de ele ter firmado as suas posições ao longo de mais de 40 anos de prática clínica em pediatria e psicanálise.

Assim, na sua obra, Winnicott vai-nos falando das próprias crenças no desenvolvimento natural, das sutilezas contidas na relação mãe-bebê, da relevância de um ambiente facilitador e, de modo especial, da importância de uma “mãe suficientemente boa” para o processo de amadurecimento humano. Ao lado disso, também se mostrou facilitador para o nosso estudo, o uso que faz de linguagem simples, capaz de expressar com clareza a complexidade singular do seu pensamento – capacidade fundamental para satisfazer-lhe o desejo de tornar a sua produção teórica cada vez mais acessível ao público não especializado.

Interessou-nos o fato de que, ao discorrer sobre a própria experiência, Winnicott foi construindo a sua teoria e, ao mesmo tempo, oferecendo à psicanálise a sua face mais singular. Ele mesmo dizia: “a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente sofisticada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros. O natural é o brincar e o fenômeno altamente aperfeiçoado do século XX é a psicanálise” (Winnicott, 1975, p. 63). Como podemos constatar, o lugar reservado ao “natural” em sua obra (não por acaso destinado ao brincar) situa-se em condição de igualdade com aquele reservado à psicanálise, por ele considerada, nada menos, “o fenômeno altamente aperfeiçoado do século XX”. A propósito, Phillips (2006), ao fazer uso de interessante metáfora, diz que Winnicott retoma a tradição psicanalítica com o mesmo olhar livre e criativo com que o artista enxerga a realidade circundante, sem, contudo, deixar de submetê-la ao crivo da própria experiência e ao formato sugerido pelo seu olhar.

Atento ao humano e profundamente envolvido com a realidade e os problemas de seu tempo, Winnicott produziu uma obra aberta a novas reflexões, capaz de permitir avanços na forma de compreender e avaliar os desafios apresentados à psiquê humana.

Nesse sentido, deixou que os efeitos do pós-guerra influenciassem a sua produção teórica; assim, em consequência do aumento da orfandade à época, passou a refletir sobre o acolhimento e o manejo das crianças removidas de suas famílias. Ao fazê-lo, ao mesmo tempo em que produzia teoricamente, impingia à psicanálise um caráter de assistência social e coletiva não observado até então. Além disso, passou a estudar noções, como a do gesto agressivo ou antissocial, e a produzir reflexões sobre o perigo representado pela adaptação de uma criança a situações absurdas tão frequentes naquele contexto de guerra mundial. Ao assumir tal postura, Winnicott ia produzindo uma espécie de resposta teórica de seu engajamento aos problemas de seu tempo (Phillips, 2006).

Como diz Safra (1996, p.64), “Winnicott escreve como quem rabisca. Formula certas ideias que nunca se fecham e que convidam o leitor para um jogo de reflexão”. Assim, quando se tem por desafio o estudo de tema complexo e pouco trabalhado teoricamente, contar com as possibilidades admitidas por tal enunciação, revela-se alentador. Logo, pensar que, na realização deste estudo, poderemos acrescentar “rabisco” novo a esse “jogo de reflexão” aquieta-nos e nos estimula a produzir.

Neste capítulo, respaldada no pensamento de Winnicott, pretendemos refletir sobre a condição de ser mãe de bebês múltiplos, discutindo acerca das dificuldades próprias da modalidade de procriação buscada, suas repercussões na gestação e nos cuidados com os bebês.

Tratar o tema da reprodução assistida implica considerar seus inúmeros desdobramentos, não apenas aqueles que repercutem na subjetivação dos filhos, como também os que incidem nas inquietações vividas pelo casal, de modo particular, na mulher que a ela recorre, principalmente quando lhe é apresentada como a única solução para chegar à maternidade (Braga & Amazonas, 2006; Melamed & Quayle, 2006; Dornelles & Lopes, 2010).

Usaremos como referências teóricas noções trazidas por Winnicott quando discute a relação mãe-bebê. Contudo, o leitor pode estar perguntando-se por que, em estudo que envolve a relação de mãe de múltiplos bebês gerados por reprodução assistida, pode-se utilizar como referencial teórico o pensamento de Winnicott. Afinal, exceto quando fala

sobre gêmeos, Winnicott (1982) se baseou nas experiências de mães que deram à luz apenas um bebê gerado por concepção natural. Essa constatação, porém, não se constituiu obstáculo à nossa escolha teórica; pelo contrário, ela tem nos estimulado, a exemplo do próprio Winnicott, a ficarmos mais atenta às questões do nosso tempo e a elas dedicarmos estudo e reflexão. Fazer o contraponto entre as duas realidades (a do ontem e a do hoje) da relação mãe-bebê tem-se constituído desafio permanente à nossa produção.

Convém considerar, ainda, que, para além do quantitativo de filhos por gestação, interessa-nos o singular da condição vivida por essas mães que, em sua maioria, precisam lidar com bebês prematuros e com saúde frágil, os quais, para não morrer, precisam do apoio de sofisticado aparato tecnológico e da ajuda de profissionais que lhes ensinem a sugar e a respirar (Vivian *et al*, 2013). Nessas condições, a dinâmica da relação mãe-bebê assume feição própria, com intensidade, ritmos e formas especiais cujos desdobramentos ainda são imprevisíveis (Morgenstern & Gueller, 2012); a certeza, porém, fica por conta de lacuna teórica que, desde já, demanda preenchimento; além disso, alerta-nos para o fato de que qualquer observação acerca do desenvolvimento desses bebês, pelo menos nos primeiros anos de vida, deve considerar o estado de prematuridade ao nascer. A esse respeito e sem querer ser categórico em sua explanação, Winnicott (1990, p.133) já nos alertava para as especificidades emocionais de um bebê prematuro: “Parece existir alguma diferença entre as necessidades emocionais do bebê nascido a termo e as do bebê nascido prematuramente”.

Por fim, ressalte-se, em face da prematuridade dos bebês de nosso estudo, haveremos de considerar que, pelo menos por certo período, eles se mantiveram distante dos padrões de amadurecimento apresentados por aqueles que, em sua maioria, serviram de referência aos estudos de Winnicott ao formular sobre mãe, bebê e ambiente.

### **3.2 A mãe, o bebê e o ambiente: entrelaces winnicottianos**

Na perspectiva winnicottiana, para se compreender o desenvolvimento emocional de um bebê, é preciso vincular este, aos cuidados a ele oferecidos pela figura materna – um dos pontos de maior originalidade no pensamento de Winnicott que, ao estudar o desenvolvimento humano, partiu não apenas de um bebê isolado em si mesmo, como

faziam seus pares, mas da relação dual (Loparic, 2006, p.26), de “um bebê que é cuidado por sua mãe”, ambiente facilitador e sustentáculo dessa relação.

Não por acaso e ao longo da própria obra, Winnicott (1982) reservou amplo espaço à figura materna, eixo central de sua produção teórica. Dirigia-se às mães com a clareza de quem enxergava nelas uma parceira na tarefa de cuidar da saúde das crianças que lhe eram confiadas. Assim, na leveza de suas palavras, um chamamento sutil lhes foi feito, quando a elas se dirigiu em uma de suas conferências:

Só agora começamos a dar-nos conta da maneira absoluta como o bebê recém-nascido necessita do amor da mãe. A saúde da pessoa crescida foi estabelecida no decorrer da infância, mas os alicerces da saúde do ser humano são lançados por você, nas primeiras semanas ou meses de vida do bebê. [...] Você está alicerçando as bases da saúde de uma pessoa que será um membro da nossa sociedade. É algo que vale a pena (Winnicott, 1982, p. 27).

Sem dúvida, no processo de construção de uma teoria, perceber o novo e falar sobre ele aos seus pares nem sempre se constitui tarefa fácil para um autor. Por vezes, constatamos isso em algumas das formulações produzidas por Winnicott (2000). Em dado momento, fica evidente o tom de lamento face a pouca atenção dispensada pela literatura de sua época às noções por ele defendidas. Porém, convicto daquilo que a prática lhe revelava, mostrava-se criterioso e didático nas exposições, adotando um nível tal de detalhamento dos novos conceitos, como se não admitisse dúvidas em relação ao sentido daquilo que estava defendendo. Não foi diferente ao se referir à noção de **preocupação materna primária**:

Minha tese é a de que na primeira de todas as fases estaríamos lidando com um estado muito especial da mãe, um estado psicológico que merece um nome, tal como *Preocupação Materna Primária*. No meu entender, não foi dada a devida atenção em nossa Literatura, e talvez em parte alguma, para uma condição psiquiátrica muito especial da mãe sobre a qual eu poderia dizer o seguinte:

Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassaram. Eu daria um passo a mais e diria

que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida (Winnicott, 2000, p.401).

Para Winnicott (2000), apesar das inúmeras dificuldades a enfrentar em seu percurso, a mãe saudável é aquela capaz de entrar no estado de “preocupação materna primária”, iniciado nos últimos meses de gravidez e que se prolonga por mais algum tempo após o parto. Trata-se de condição psicológica especial, marcada pelo aumento da sensibilidade, que, para a mãe atender às necessidades do bebê, é capaz de expandir sua capacidade de entrega à potência máxima pelo tempo necessário. É algo que se instala temporariamente e se caracteriza por uma espécie de retraimento a invadir toda a personalidade dela, levando-a a desinteressar-se por tudo à sua volta. Talvez se pudesse considerar “uma doença”, não fosse a existência de uma gravidez e a possibilidade de sair dela à medida que o bebê a libera em consequência de seu amadurecimento (Winnicott, 2002).

Como principal característica desse estado, Winnicott cita a devoção da mãe para com o bebê, denominando-a “mãe devotada comum<sup>8</sup>” (Winnicott, 2002). Todavia, se o processo não acontece, alguns riscos podem correr ambos. Segundo Abram (2000, p. 29), “A mãe que não consegue atravessar o estado de preocupação materna primária torna-se incapaz de estabelecer uma empatia com o bebê e, portanto, não poderá oferecer-lhe o necessário suporte egóico. O bebê é deixado por conta própria.”

No estado de suspensão em que se encontra, ela fica mais sensível às demandas do bebê. Essa sensibilidade permite atender-lhe, de maneira equilibrada, em suas necessidades, sem deixá-lo ser invadido por sentimentos de privação e, ainda, sem se comportar de maneira exagerada, como aconteceria se ela se antecipasse às necessidades

---

<sup>8</sup>“Mãe devotada comum” – expressão criada por Winnicott, em 1949, quando foi convidado por Isa Benzie, jornalista da BBC, para que ele fizesse algumas palestras. O texto a seguir, no original, retrata o momento da criação do termo: “*I told her that I had no interest whatever in trying to tell people what to do. To start with, I didn't know. But I would like to talk to mothers about the thing that they do well, and that they do well simply because each mother is devoted to the task in hand, namely the care of one infant, or perhaps twins. I said that ordinarily this just happens, and it is the exception when a baby has to do without being cared for at the start by a specialist. Isa Benzie picked up the cue in a matter of twenty yards, and she said: “Splendid! The Devoted Mother”. So that was that*”. A expressão “*The Ordinary Devoted Mother*” foi utilizada em palestra inédita para a Nursery School Association da Grã-Bretanha e da Irlanda do Norte, Divisão Londrina, em 16 de fevereiro de 1966, publicada na obra *Babies and their Mothers “The Ordinary Devoted Mother”*, ch.1, p. 1987.



dele. Referindo-se a uma mãe no estado de devoção, Winnicott (2002, p. 55) assim se expressa:

Ela consegue esperar que o gesto espontâneo surja porque ‘sabe’ de muitas coisas sutis, como por exemplo, que para ser trasladado de um lugar para outro, um bebê precisa ser preparado e o movimento total requer tempo; ela sabe também que é mais importante respeitar a recusa do bebê de mamar do que forçá-lo, por disciplina ou por temor da desnutrição, porque, em termos de amadurecimento, ‘o não-alimentar’ constitui a base do ‘alimentar’.

Subjacentes à total entrega da mãe ao bebê estariam a sua espontaneidade, os seus sentimentos, o seu jeito de ser e, de modo especial, a crença de que há, naquela criança, ininterrupto processo de desenvolvimento em curso cuja sustentação dela depende (Winnicott, 1983; Dias, 2003).

Para que toda essa transformação ocorra e se mantenha em harmonia com a obra da criação, o tempo da gravidez se oferece como de preparação, quando acontecem transformações físicas e psíquicas. É um tempo de espera e de organização necessárias a que a mãe se prepare para oferecer ao filho que vai nascer o “ambiente suficientemente bom”, capaz de dar sustentação a sua “continuidade de ser”(Winnicott, 1983, p. 53). Nesse tempo, não há um antes ou um depois, como se fossem etapas independentes entre si; o que existe é a expressão de um *continuum*, ou seja, a fase antecedente prepara a seguinte, numa manifestação precisa daquilo que se pode denominar verdadeira “continuidade de ser”; no arremate de toda essa tessitura, lá está a mãe, atenta e vigilante, a artesã maior da teia que está sendo tecida: o amadurecimento humano.

Nessa perspectiva, a dedicação extrema da mãe é que vai assegurar a manutenção de um processo já existente, uma vez que cada bebê, de per si, traz consigo a chave do próprio amadurecimento. Entretanto, convém considerar a importância de um “ambiente facilitador” que, em última instância, na obra de Winnicott se confunde com a própria mãe, aquela que ali está, dando a sustentação necessária a que todo o processo, iniciado antes mesmo do nascimento, continue e assim permaneça por toda a vida do indivíduo. Para Winnicott (2001), a maturidade adulta depende do desenvolvimento anterior, construído em processo contínuo e ao longo de toda a vida.

Ao formular sobre a noção de ambiente facilitador, Winnicott (1983) traz à baila um dos aspectos mais originais do seu pensamento: considera-o elemento fundamental na vida

de um bebê e o associa a causas de saúde ou de doença na psiquiatria infantil, postura pioneira, não comum entre os psicanalistas da época.

É fácil verificar porque os psicanalistas relutam em escrever sobre o fator ambiental, uma vez que tem sido frequentemente verdade que aqueles que tentaram ignorar ou negar o significado das tensões intrapsíquicas ressaltaram principalmente o fator externo desfavorável como causa de doença na psiquiatria infantil. Contudo, a psicanálise está agora bem estabelecida e podemos nos permitir examinar o fator externo tanto bom como mau (Winnicott, 1983, p. 227).

Tamanha era a importância atribuída por Winnicott ao ambiente na vida de uma pessoa, que, em diferentes passagens de sua obra, volta a falar sobre ele: “[...] uma pessoa começa bem a sua vida quando os recursos ambientais de que pode dispor são suficientemente bons” (Winnicott, 2002, p. 21). Mas, mesmo que mãe e ambiente se misturem e se entrelacem como elementos fundantes da subjetividade humana, o que acontecerá a um bebê se a mãe falhar, até por ser essa uma possibilidade inerente à condição humana?

A mãe que consegue estabelecer relação de acolhimento, mas, às vezes, falha com o seu bebê, Winnicott (1993) denominou-a “mãe suficientemente boa”. Ressalte-se, porém, que essa possível falha ou ausência na relação mãe-bebê só se tornará mobilizadora do potencial do bebê se este já for capaz de suportá-la. Assim, para Winnicott, “ser suficientemente boa” não basta, se ela não for capaz de se adequar às peculiaridades de cada bebê.

Passos, Fonsêca e Lima (2013) chamam a atenção do leitor para as sutilezas de relação tão delicada, a qual, no caso de uma mãe de múltiplos, assume maior realce e complexidade.

Uma mãe pode ser suficiente para as necessidades de um bebê e não ser para outro, cujas solicitações, embora muito próximas, têm particularidades e limites próprios. Assim, embora a concepção de mãe contenha a ideia genérica de que sua função é cuidar e educar igualmente todos os filhos, isso jamais poderá ocorrer quando levamos em conta que cada encontro pressupõe uma combinação de desejos e realizações próprias (Passos *et al*, 2013, p. 153)

Portanto, discutir a noção de ambiente facilitador implica considerar que, apesar de o indivíduo apresentar disposição básica para se desenvolver, a tendência ao amadurecimento não é determinante, embora se possa dizer que é potencializadora dele; à mãe ambiente cabe sustentar tal processo. Para Winnicott (1983, p.81), “[...] o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses, possibilita à criança concretizar seu potencial”. Em outro passo de sua obra, o autor fala sobre o perfil dessa pessoa e como pode ser o “ambiente suficientemente bom”, capaz de facilitar o processo de maturação em curso em cada bebê:

O ambiente não faz o lactente crescer, nem determina o sentido do crescimento. O ambiente, quando suficientemente bom, facilita o processo de maturação. Para isso acontecer, a provisão ambiental, de modo extremamente sutil, se adapta às necessidades cambiantes se originando do evento da maturação. Tal adaptação, sutil às necessidades cambiantes, só pode ser propiciada por uma pessoa, e uma que, no momento, não tenha nenhuma outra preocupação e que “esteja identificada com o lactente” de modo a sentir e satisfazer as necessidades do mesmo, como por um processo natural (Winnicott, 1983, p. 201).

Sabe-se que a dedicação de uma mãe a seu filho, seja ele único ou múltiplos bebês, não acontece sem cansaço, sem desgastes físico e emocional; porém esse estado de “preocupação materna primária” é que a faz tudo suportar, até mesmo aquilo que, aos olhos de um estranho, possa parecer obstáculo de difícil superação; ela tudo faz e tudo tolera em prol da manutenção da família e do crescimento dos filhos. Segundo Winnicott (1968f, p.55), “Cabe aos pais a manutenção da família e do lar, como o lugar de estabilidade para o crescimento dos filhos, e eles terão de sobreviver às várias formas de destruição a que seus filhos os expõem para poderem crescer”.

Por mais adversas que sejam as circunstâncias, para Winnicott (1983, p.167), o ambiente se adapta “às necessidades que surgem do ser e dos processos de amadurecimento”, já que é da necessidade de continuar a ser que decorrem todas as outras. O ambiente, segundo o autor, nada mais é que a “mãe suficientemente boa”, capaz de reconhecer e de atender as necessidades do seu bebê, por se identificar com ele e se colocar à disposição dele, gesto de total entrega. Tal condição a deixa alerta não apenas para identificar a necessidade de cada um naquele momento, como também para entender como se expressa e o que pode fazer para satisfazê-la. Uma linguagem de gestos e sinais se estabelece, própria dessa comunicação singular, inaudível e imperceptível à maioria das

pessoas, embora facilmente entendida e decodificada pela mãe, fruto do estado de total entrega em que se encontra.

Nessa perspectiva, para que o potencial processo de maturação aconteça, é fundamental o bebê estar em ambiente facilitador a lhe oferecer cuidados, a respeitar o seu ritmo, suas solicitações e sua natureza espontânea. O ambiente, quando bem adaptado ao bebê, suporta as exigências deste, preocupa-se com suas necessidades e facilita-lhe o desenvolvimento numa atualização gradativa das condições favoráveis à sua “continuidade de ser” (Winnicott, 1983, p. 53).

Portanto, trabalhar na perspectiva winnicottiana implica lidar com noções cujos significados são tão abrangentes e interligados, que, ao se discutir sobre um, facilmente se evoca algum outro, tamanha é a interconexão e a complementaridade existente entre eles. Tal enunciação se evidencia num recorte de fala ilustrativo da interconexão a que nos referimos. Nele, as noções de **mãe, bebê e ambiente** são referenciadas de maneira tão integrada, que podemos considerar como exemplo emblemático daquilo que se poderia denominar de verdadeiro ‘entrelace winnicottiano’:

O recém-nascido e a mãe constituem um tema bastante amplo, e, no entanto, eu não gostaria que me fosse atribuída a tarefa de descrever o que se sabe sobre o recém-nascido considerado isoladamente: o que está em discussão é a psicologia, e gosto de partir do princípio, segundo o qual, ao considerarmos um bebê, também consideremos as condições ambientais e, por trás delas, a mãe (Winnicott, 2002, p. 29).

Por fim, em seus estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional, Winnicott (1983) fala na dependência absoluta do bebê – condição em que ele necessita inteiramente da mãe para se desenvolver – e na sua onipotência ao criar o próprio objeto – ilusão de possuir uma força criativa mágica. No entanto, para que tal criação aconteça, é preciso o objeto estar ali satisfazendo as suas necessidades, atento às suas demandas, provisionadas por um ambiente facilitador, ou seja, a pessoa que cuida dele, identificada com ele e com as suas necessidades. Esse alguém geralmente é a mãe, que, com seu jeito sutil e perspicaz, gradativa e cuidadosamente, facilita a apresentação do mundo externo ao seu bebê, de modo que esse mundo seja visto por ele como um ambiente seguro e confiável.

Portanto, de que necessita a mãe para dar conta de tamanho desafio? E quando se trata de mãe de múltiplos gerados por reprodução assistida, o que muda nessa condição?

### **3.3 Maternidade, reprodução assistida e suas especificidades**

Novo cenário se descortina na relação mãe-bebê quando esta acontece no contexto da reprodução assistida. Para Morgenstern e Gueller (2012, p. 252), “A psicanálise vem se debruçando sobre as questões trazidas pela reprodução assistida em busca de compreender seus efeitos sobre o psiquismo humano”. Como já referimos, a utilização dos recursos da procriação assistida acaba por produzir a concepção de múltiplos bebês; com ela, novos elementos entram em cena, produzindo um cenário desafiador tanto para a psicologia quanto para a psicanálise; a elas novos dispositivos têm sido requeridos, sempre que precisam lidar com situações inusitadas cujos desdobramentos ainda não se pode dimensionar.

Em nossa reflexão, não nos parece demasiado imaginar que essa modalidade de concepção possa oferecer situações inéditas ao psiquismo humano (Morgenstern & Gueller, 2012). Afinal, trata-se de formas novas de concepção e de filiação, o que exige de quem as vivencia, seja na condição de mãe ou de filhos múltiplos, formas também novas de adaptação. Tudo isso tem requerido, de modo particular, estudos e pesquisas especialmente voltados para a dimensão psicológica da questão.

Apesar dos indiscutíveis progressos alcançados pela medicina no tocante à dimensão biofisiológica da questão, há outras mais, da ordem dos fatores psicológicos e sociais, ainda carentes da atenção de diferentes especialistas. Psicólogos, psicanalistas, psiquiatras, neurologistas, pedagogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais frequentemente se perguntam: e agora, o que posso fazer por essa mãe? Como agir com essa(s) criança(s)? Pela complexidade, lidar com tal temática requer ação conjunta dos vários profissionais que, ao intercambiarem as suas experiências, poderão criar novas ferramentas de compreensão e intervenção capazes de enfrentar os desafios impostos por essa nova clínica que se apresenta.

Não obstante a importância da gravidez, tanto para a mãe quanto para o bebê, olhar especial precisa ser lançado quando se trata de gravidez de múltiplos concebidos por meio dos recursos da biotecnologia. Mãe e bebê, cada um de per si, merecem atenção diferenciada, dadas as especificidades de sua condição. Logo, deve-se considerar as especificidades inerentes à gestação. Sobre ela pesam peculiaridades relacionadas ao enfrentamento da infertilidade e as relutâncias na busca de tratamento; pesam os efeitos

das tentativas de concepção frustradas; pesa, ainda, o desgaste emocional experimentado pelo casal, e, de modo especial, as dores físicas vividas pela mulher, que oferece o próprio corpo para que nele sejam geradas vidas. Quando isso acontece, ela leva consigo não apenas embriões desejosos por viver, como, também, toda uma história de luta e de dor iniciada em algum lugar do passado quando, um dia, tudo começou a partir com o desejo de ter um filho, mola propulsora de um processo que não finda com a concepção e se estende, inclusive, aos laços que os pais, em especial a mãe, venham a estabelecer com seus filhos.

Os relatos dos pais com filhos múltiplos costumam vir acompanhados por uma pré-história de privações: dificuldades para engravidar, gravidezes interrompidas, filhos natimortos ou perda de embriões durante a gravidez. Não é raro, então, que a multiplicação de filhos tenha como correlato uma história de perdas e lutos que nem sempre conseguiu ser elaborada, constituindo-se assim num elemento importante de sobredeterminação simbólica na construção dos laços que os pais estabelecem com seus bebês (Morgenstern & Gueller, 2012, p.252).

Uma gestação assim transforma-se em gravidez especial, atravessada por intercorrências físicas e emocionais, permeada por sentimentos contraditórios em que se alternam medo e esperança, incertezas e expectativas vividas a cada novo dia de espera. Somem-se a tudo isso as marcas deixadas no corpo e na alma dessas mulheres que, paradoxalmente tão fortes e tão frágeis, para satisfazer o desejo de ser mãe, docilmente curvam o corpo e todo o seu ser aos rigores do tratamento imposto pela reprodução assistida. Exames invasivos, injeções diárias, repouso absoluto, dúvidas e muita ansiedade compõem o cenário da gestação em tais circunstâncias (Braga & Amazonas, 2009; Corrêa, 2003; Gomes, 2004; Louro, 2008). Como numa espécie de relato emblemático, Tamanini (2003, p.125) nos fala sobre o sofrimento de uma mãe submetida à reprodução assistida, trazendo, inclusive, recorte de depoimento de pessoa por ela entrevistada acerca do assunto:

Os métodos de fertilização são sempre relatados como trágicos: demandaram enorme tempo, em função das consultas, do uso de medicação, das cirurgias, e da realização de exames laboratoriais prolongados durante anos, assim, de requererem altos investimentos econômicos, embora espaçados no tempo. Esses processos são somados

ao comprometimento do desejo sexual, durante muito tempo, uma vez que o desejo por um filho submete o casal a toda forma de sofrimento físico e emocional: “São anos sem tesão” (Cesar, esposo de Tereza). Submete-os também ao stress físico e psicológico e ao desgaste da relação afetiva e sexual. “Tu tens que fazer amor dia 26, amanhã, às 18h30, aí não funciona...” (César, esposo de Tereza).

Na discussão sobre a busca das tecnologias de reprodução humana, uma das primeiras questões diz respeito ao fato de existir, desde o início, a impossibilidade de satisfação do desejo de gerar um filho – questão objeto de nossa publicação, intitulada *O desafio de se tornar mãe de múltiplos bebês: reflexões sobre o processo de singularização dos filhos*. Nela, afirmávamos que há “uma marca narcísica negativa, no sentido de que indica a impossibilidade de gerar espontaneamente o filho, e isso exige dos pais um longo e difícil processo de superação da falta e de elaboração diante do desejo de procriar” (Passos, *et al*, 2013, p. 148). Além disso, tal discussão nos leva a admitir que pouco se sabe sobre o sofrimento dessas pessoas e sobre os conflitos por elas vividos nas diferentes etapas do processo a que se veem submetidas (Balmaceda *et al*, 2001; Makuch, 2001; Ribeiro, 2004).

Nesse sentido, com base em prática clínica a consubstanciar as suas afirmações teóricas, Morgenstern e Gueller (2012) trazem à baila preocupações relativas ao aspecto simbólico da reprodução, tanto pela repercussão no desenvolvimento emocional da criança quanto pela constatação de que, apesar de a medicina ter-se ocupado muito bem do aspecto biológico, os casos chegados aos consultórios demandam muito mais que isso: são questionamentos e preocupações carentes de elaboração que variam não só no tipo de atenção requerida como também nas consequências sobre o casal e os filhos gerados em tais condições.

Os casos que chegam aos nossos consultórios nos sugerem que os processos de reprodução medicamente assistida, revestida com a “certeza da tecnologia”, saltam uma etapa de processamento e elaboração – etapa necessária e às vezes demorada, não só para o casal, mas também para o futuro bebê (Morgenstern & Gueller, 2012, p. 253).

São questões simbólicas ligadas ao campo de significados que envolvem paternidade e maternidade, além dos processos de construção da subjetividade das crianças. Num

recorte de fala, as autoras se expressam enfaticamente sobre a maneira como pais, oriundos desse tipo de tratamento, as procuram em seu consultório: “Pais fascinados e horrorizados com seus múltiplos se encontram, muitas vezes, com dificuldades significativas para exercer suas funções e chegam aos nossos consultórios em busca de auxílio” (Morgenstern & Gueller, 2012, p. 252). Inquietas pela constatação do aumento da quantidade de nascimento de bebês múltiplos nas últimas décadas, as referidas autoras lançaram uma espécie de convite não apenas no sentido de refletirmos a respeito da questão, como também no sentido de se criarem dispositivos novos capazes de lidar com os vários desdobramentos que a temática impõe.

Nesse sentido, podemos dizer: o olhar lançado sobre o sofrimento dos casais, das mães e das crianças nascidas em tal condição ainda se revela incipiente. É importante que novos estudos acerca do assunto aconteçam na academia para além dos limites da bioética e da medicina; é preciso que discussões se intensifiquem na perspectiva das ciências humanas e sociais, de modo a alcançar a insuficiente legislação que disciplina a matéria, de modo a impedir abusos em razão do vácuo legal existente.

Se, por um lado, a reprodução assistida traz esperanças aos casais que desejam um filho e lutam contra a infertilidade, por outro, impõe à mulher tratamento longo e desgastante, por vezes insuportável, cujas repercussões alcançam desde as esferas emocional, orgânica e financeira, até as dimensões relacional e sexual do casal. Nesse sentido, um recorte de fala de um pai, apresentado por Morgenstern e Gueller (2012) em uma de suas reflexões, ilustra bem a questão:

“As meninas nasceram por ponte aérea”, comenta um pai, aludindo à falta do ato sexual. Que implicações decorrem daí, seja para o casal, seja para o(s) bebê(s)? Obviamente não podemos tomar isso ao pé da letra, ou seja, entender a falta do ato sexual como sinônimo de ausência de sexualidade do casal, pois ela existe e se manifesta num campo mais amplo como, por exemplo, no desejo parental, no reconhecimento de um lugar do homem inscrito no desejo da mulher e no lugar que a mulher ocupa no desejo do homem. Apesar disso, o que escutamos nos atendimentos é que a vida sexual dos casais mudou significativamente (Morgenstern & Gueller, 2012, p. 252).

No contexto das tecnologias de reprodução, mesmo quando a gestação é conseguida - principalmente nos três primeiros meses - ela se faz acompanhar do medo da perda e do



fantasma do aborto, deixando pouco para a satisfação e para as alegrias que, via de regra, uma gravidez tende a despertar na mulher. Mais especificamente na gestação de múltiplos, uma vez ultrapassados os riscos iniciais, começa, a partir do sétimo mês, ou até antes, o ciclo dos outros riscos relacionados à doença hipertensiva da gravidez e ao diabetes gestacional, os quais, quase sempre, acabam por antecipar o parto e, por conseguinte, trazer à luz bebês prematuros, de baixo peso e de saúde muito frágil (Braga & Amazonas, 2009; Maluf, 2008).

Para a psicanálise, ainda que a medicina tente resolver, junto aos pais, a questão do desejo de filho, no caso do nascimento de bebês múltiplos por meio da reprodução assistida, há muito mais por se fazer: ajudar os referidos pais na difícil elaboração do que se passa em suas mentes entre “a ausência de filho” e a “saturação do desejo de filho” – para eles, intervalo difícil de lidar. Nas palavras de Morgenstern e Gueller (2012), uma espécie de eco para essa nossa observação parece ter sido encontrada:

A tecnologia médica oferece aos pais a perspectiva de “resolver” o desejo de filho, ao custo, em muitos casos, de gestações gemelares. Entretanto, a clínica nos mostra que entre o discurso que antecipa a multiplicação e sua precipitação como acontecimento se abre um hiato que precisa ser elaborado psiquicamente. Os nascimentos múltiplos substituem a privação - muitas vezes prolongada no tempo – por uma saturação do desejo de filho produzindo nos pais um excesso difícil de administrar (Morgenstern & Gueller, 2012, p. 252).

Não raro, mães que tiveram três, quatro filhos de uma só vez, expressam o desejo de ter mais um, desta feita, para poder curtir a gravidez, preparar o enxoval, parir normalmente, amamentá-lo pelo tempo necessário ou, simplesmente, acompanhar a mínima expressão daquele filho revelada nos gestos expressos a cada novo dia de vida. No caso da mãe de bebês múltiplos, esse direito lhe é subtraído em muitos aspectos, em razão da multiplicidade de ações a empreender, a fim de dar conta da tarefa de acolher, de cuidar, de diferenciar cada um dos seus vários bebês (Ribeiro, 2004).

Por tudo isso, enquanto mudanças mais efetivas não acontecem no âmbito das tecnologias de reprodução, com vistas a maior disciplinamento prático, ético e legal da matéria, corpos femininos continuam sendo afetados, por vezes maltratados, em nome da ciência e daquilo que dita o seu saber. A propósito, para se assegurar o êxito do processo, vários embriões são implantados no útero da mulher, o que produz o excesso de uma

gravidez de múltiplos bebês. É como se, sobre esses corpos individuais afetados, pairasse a lógica permissiva da ciência a agir sobre eles como se não fossem unidades (Butler, 2008; Louro, 2008). O foco da discussão se faz sobre suas partes: interessam os ovários, o útero, as trompas.

Nessa perspectiva, tem-se observado que “[...] diante da construção da categoria do *casal infértil*, a mulher desaparece como indivíduo, embora o seu corpo permaneça sendo medicalizado, particularmente seus ovários e suas trompas” (Tamanini, 2003, p. 129) ou, ainda, tem-se “[...] um homem reduzido ao sêmen, uma mulher reduzida a um óvulo, um ou vários embriões e uma equipe médica.” (Morgenstern & Gueller, 2012, pp. 253 - 254). Que lugar ficaria reservado ao casal em tais circunstâncias? E se pensamos na triangulação estabelecida entre marido, mulher e especialista, o ato de conceber um filho perde toda a beleza do momento.

Diante das enunciações acima, só nos resta lamentar que posições como essas sobrevivam no universo das ciências, não obstante o grau de excelência já alcançado pelas tecnologias de reprodução.

Em outra vertente, como espécie de contraponto às ingerências praticadas no âmbito das tecnologias de reprodução, estão a psicologia e a psicanálise, cujo foco de interesse é a subjetividade humana que, para ambas, é soberana. Elas se preocupam com o indivíduo em sua totalidade: interessam-lhes os sentimentos – os medos, as expectativas, as inseguranças, as frustrações – por estes carregarem consigo mensagens subjacentes de fracasso, de superação, de adoecimento e de cura. Se assim as coisas acontecem, por que elas não haveriam de influenciar dimensões como as da fertilidade e ou da infertilidade? “[...] além dos aspectos fisiológicos, a fertilidade inclui um campo de significados não menos importantes, entre eles, a resolução da feminilidade e da masculinidade e a transição do papel de filha/filho para a assunção do papel materno e paterno” (Morgenstern & Gueller, 2012, p. 252).

O olhar lançado sobre a reprodução assistida e suas contingências, tanto pela psicologia quanto pela psicanálise, dá-se de maneira processual, estendendo-se desde o desejo de ter um filho à constatação da infertilidade; da busca de tratamento à maternidade com filhos múltiplos. Para essas áreas do saber, tudo é parte de um grande todo que dialoga entre si e se expressa em linguagem tão simbólica quanto singular e, acima de tudo, reveladora de dinamismos internos importantes, os quais, uma vez decodificados, podem

esclarecer sobre os sofrimentos de uma pessoa, seus adoecimentos e, principalmente, sobre o que é possível fazer, a fim de as coisas tomarem outros rumos bem mais saudáveis.

Na gestação de filhos múltiplos, a mãe vai lidar com várias dificuldades. A gravidez é de alto risco e, por isso, quase sempre mais curta, permeada por várias intercorrências que acabam por precipitar o nascimento de bebês prematuros, causa de grande sofrimento para a mãe. Como nos dizem Flek e Piccinini (2013, p. 14), “o nascimento pré-termo é um contexto bastante complexo e intenso para as mães que se deparam com um bebê pequeno, pálido, fraco, frágil e imaturo, comumente diferente do bebê imaginário”

Se é difícil para a mãe lidar com apenas um bebê prematuro, a situação se complexifica quando vários deles se encontram nas mesmas condições. Nesses casos, a permanência em UTI neonatal é inevitável; em decorrência, um grande sofrimento é imposto aos bebês, aos seus pais e, de modo especial, à mãe, que passa a conviver permanentemente com a fragilidade extrema dos filhos. Além disso, a longa espera para tê-los em casa, ou apenas em seus braços, impõe-lhe angústia intensa.

Winnicott (1982, p. 27), ao dizer “[...] quando tanto anseia por preocupar-se com o interior do círculo formado pelos seus próprios braços e no centro do qual está o bebê”, utiliza-se dessa imagem para retratar o desejo de a mãe envolver em seus braços aquele filho que acabou de nascer. No entanto, isso não acontece com bebês múltiplos nascidos prematuramente, pois, em geral, o desejo da mãe se vê postergado por um tempo indeterminado, em virtude das especificidades maturacionais de cada um deles.

Especialmente em tais condições, faz-se necessário que o tempo da gravidez se constitua, ainda mais, um tempo de espera capaz de trabalhar o desejo e preparar a mãe para os desafios que em breve terá de enfrentar (Morgenstern & Gueller, 2012). Assim, se o desejo de ser mãe é tão intenso quanto as dificuldades a enfrentar, ele se transformará em elemento facilitador de todo o processo e maiores serão as chances de ela superar os obstáculos e de acolher cada bebê em suas diferenças.

Dessa forma, pensar nas condições que a mãe terá para lidar com seus bebês no contexto de filhos múltiplos nos leva a refletir sobre importantes noções discutidas por Winnicott ao formular a **teoria do amadurecimento humano**; na busca de articulação teórica, alguns questionamentos que nos ocorreram passaram a funcionar como uma espécie de fio condutor do caminho a ser percorrido. Dentre tantas outras, uma questão se

mostrou recorrente: como se poderia ajudar a mãe de bebês múltiplos, extremamente requisitada, a transformar esse campo de solicitação em possibilidades de realização?

Na obra de Winnicott (1993), encontramos uma espécie de resposta à indagação acima, quando ele nos fala acerca da necessidade que sentem as mães de serem acolhidas e amparadas em suas dificuldades, de modo a que possam, por extensão, também acolher e amparar os seus bebês. Seria semelhante à necessidade de um *holding* – provisão ambiental total – voltado para a mãe. Para Winnicott (1983, p.44), o termo não se limita ao sentido de segurar fisicamente o bebê; estende-se ao de lhe oferecer a provisão ambiental de que necessita. O *holding* se refere ao ambiente acolhedor para o bebê em suas necessidades, possibilitando, assim, tanto a experiência de ser cuidado como a de ser amado.

O mesmo precisaria acontecer com a mãe. Por estar devotada ao bebê, também carece de acolhimento e de proteção para enfrentar o desafio que se aproxima. Se essa necessidade é sentida pela mãe que teve um único bebê, o que dizer daquela que dá à luz vários bebês ao mesmo tempo? Toda ajuda e acolhimento a ela oferecidos, seja pelo cônjuge, seja por outros familiares, ou até mesmo, por um terapeuta, favorecerão o investimento que fará neles, desde a concepção até os cuidados típicos do início da vida de cada um deles. Isso facilitará a sua entrada no que Winnicott (2000) denomina “preocupação materna primária” – estado de suspensão no qual mãe e bebê se encontram intimamente ligados. Ela, por estar muito sensível ao filho, mostra-se pronta para acolhê-lo, adaptando-se mais facilmente àquelas sutis necessidades, típicas do estágio inicial de desenvolvimento de um bebê. Ao mesmo tempo, ela também é solicitada pela família, pelo cônjuge, pela profissão e por tantos outros que a demandam.

Sabemos que naquele período, essa mãe se encontra psiquicamente envolvida, plenamente devotada ao bebê (Winnicott, 2000), porém, ainda que tal condição minimize, não elimina o desgaste vivido por ela. No caso do nascimento de bebês múltiplos, entrar no “estado de devoção” a que o autor se refere, supomos, não é suficiente para dotá-la das condições necessárias ao enfrentamento dos tantos desafios a ela atribuídos. A sobrecarga sofrida por ela é tamanha, que muitas acabam adoecendo repetidas vezes. O estresse a que se veem submetidas resulta, em parte, das solicitações do momento e, em outra, da tensão acumulada ao longo do tempo. Afinal, inúmeras dificuldades enfrentaram desde o confronto com a infertilidade às diversas etapas do tratamento, passando pelas questões relacionadas à gestação de bebês múltiplos, culminando com o nascimento de crianças

prematuras e com as limitações impostas por tal condição. Assim, contar com a ajuda de terceiros se torna imprescindível, porém a questão é delicada e de difícil administração, porque nem sempre se pode contar com a ajuda de outras pessoas prontas a acolher as necessidades de cada bebê. Ainda que existam fisicamente essas pessoas, nem sempre estão preparadas para os desafios impostos pela tarefa; mesmo disponíveis e preparadas, via de regra, o acolhimento não é igual àquele oferecido pela própria mãe.

Considerando que o pensamento de Winnicott se constitui o marco teórico de nosso estudo, dele temos partido em nossas reflexões, embora, em certos aspectos, tenhamos que ampliá-las, quando o diálogo com a realidade atual assim o exige. Ao discutir sobre o apoio oferecido à mãe na tarefa de acolher o bebê, Winnicott dedica grande parte de sua reflexão à importância à figura do pai. Nesse sentido, Dias (2003) também ressalta que, embora a entrada do pai na vida do bebê seja posterior à entrada da mãe, em situações especiais, ela até pode ser antecipada; em muitos casos, para a autora, o cuidado atento e vigilante do pai pode amenizar as consequências de falhas ambientais existentes, bem como impedir futuros distúrbios graves ao bebê, caso a mãe não possa acolhê-lo.

Existem casos, contudo, em que os homens são mais maternos que suas mulheres, e há relatos clínicos em que a aptidão do pai para o cuidado materno amenizou falhas ambientais, devidas a uma patologia da mãe, e salvou a criança de distúrbios que poderiam ter sido ainda mais graves do que os que realmente advieram (Dias, 2003, p.140).

Assim, mesmo que a entrada do pai se dê secundariamente na vida do bebê, ela se torna relevante na medida em que ele se coloca em posição de vigília e ali permanece pronto para discernir, a qualquer momento, sobre o tipo de apoio e sustentação a oferecer àquela mulher-mãe e ao seu bebê. Para Abram (2000, p.37), “[...] ele oferece uma importante contribuição na sustentação da família como um “promotor do estágio de preocupação”.

Em outra referência, Winnicott (1982) faz alusão ao papel assumido pelo pai junto à mãe, quando a ajuda na implantação da lei e da ordem na vida da criança. Para fazê-lo, não precisa estar presente o tempo todo, mas o tempo suficiente para o filho saber que ele existe. A esse respeito, assim se expressa:

[...] é o pai ser necessário para dar à mãe apoio moral, ser um esteio para a sua autoridade, um ser humano que sustenta a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança. Ele não precisa estar presente todo o tempo para cumprir essa missão, mas tem de aparecer com bastante frequência para que a criança sinta que o pai é um ser vivo real (Winnicott, 1982, p. 129).

Em outra ocasião, Winnicott (1982) afirma que, ao ajudar a mãe a entrar no estágio de “preocupação materna primária”, o pai também está participando da maternagem. Isso acontece à medida que ele cria um ambiente protetor e provedor a assegurar à mãe as condições necessárias à total entrega ao bebê, sem se preocupar com as ocorrências no mundo ao seu redor. Nesse sentido, o pai também está, a seu modo, compondo o ambiente facilitador que a mãe precisa oferecer ao bebê. Se isso precisa acontecer quando nasce um bebê, o que dizer quando nascem múltiplos?

Neste ponto, o pai pode ajudar. Pode ajudar a criar um espaço em que a mãe circule à vontade. Adequadamente protegida pelo seu homem, à mãe é poupado o trabalho de ter de ocupar-se das coisas externas que acontecem à sua volta, numa época em que ela tanto precisa de concentrar-se, quando tanto anseia por preocupar-se com o interior do círculo formado pelos seus próprios braços e no centro do qual está o bebê (Winnicott, 1982, p. 27).

Certamente, a importância do pai na vida de um filho é indiscutível; porém, se voltarmos no tempo, à época em que Winnicott produziu a sua obra, vamos nos deparar com questões que, na atualidade, já não se apresentam com a mesma face que serviu de referência aos seus estudos. Logo, restam-nos os ajustes e as ampliações necessárias à análise. Essa questão fica evidente se considerarmos o lugar por ele atribuído ao pai e o fato de não ter feito qualquer referência aos recursos da biotecnologia - talvez possibilidade bastante remota naquela ocasião. Hoje as pesquisas avançaram de tal forma, que já se fala em produção artificial de esperma em laboratório<sup>9</sup>. Em sendo assim, já não se pode falar sobre pai da mesma maneira como Winnicott a ele se referiu em suas reflexões.

---

<sup>9</sup>Produção artificial de esperma em laboratório – estudos desenvolvidos por pesquisadores da Alemanha e de Israel conseguiram produzir sêmen de rato em laboratório, abrindo o caminho para a produção artificial de esperma humano, o que pode revolucionar os tratamentos de fertilidade. É o que diz a matéria publicada no dia 03 de Jan de 2012 no site da BBC Brasil. Conteúdo disponível em: <[http://www.bbc.co.uk/portuguese/2012\\_esperma\\_pesquisa\\_laboratorio\\_mm.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/2012_esperma_pesquisa_laboratorio_mm.shtml)> Acessado em: 04 Feb 2014.

Fica claro, então, que certas noções formuladas em determinada realidade não se aplicam a outra, sem os ajustes necessários à adaptação. Se a ética do patriarcado foi hegemônica quando Winnicott formulou a teoria do amadurecimento humano, ela já não é suficiente, por exemplo, quando se estuda a família monoparental. No contexto atual, já não faz sentido se pensar apenas na presença física do pai, e sim, na função de pai quando se discute a importância dele na vida do filho.

Se Winnicott produziu a sua obra na época e no lugar em que predominava a família nuclear – aquela formada por pai, mãe e filhos, vivendo juntos e tendo o pai como provedor –, era de se esperar que a esse pai fosse atribuída a tarefa de sustentar a mulher-mãe naquilo que ela necessitasse quando do acolhimento ao bebê. Entretanto, tal realidade mudou, sobretudo se considerarmos inúmeras mães que, sozinhas, criam os seus filhos. Nesses casos, já não tem sido o pai, necessariamente, quem oferece à mulher a sustentação indispensável, e sim, a mãe dela, um parente, um(a) amigo(a) ou mesmo um profissional pode assumir o lugar que, antes, era exclusivo do pai.

Por tudo isso, parece que a melhor maneira de refletir sobre as novas faces da família contemporânea é a sugerida por Passos (2005, p. 11) nos lembra que: “nem tudo que muda, muda tudo”. Com esse olhar, pautaremos a nossa discussão.

Apesar de todas as transformações por que tem passado a família de nossos dias, o formato nuclear continua compondo, secundariamente com vários outros, o amplo cenário da família contemporânea. Nesse sentido, pode ser ilustrativo da nossa discussão o fato de as três mães por nós entrevistadas nesta pesquisa constituírem, ao lado dos respectivos cônjuges e filhos, famílias nucleares. Tal dado se revela elemento facilitador de nosso estudo na medida em que nos aproxima do pensamento de Winnicott ao se referir à importância do pai. Não obstante a sua posição em relação à temática, a realidade atual é muito mais ampla e complexa que aquela considerada pelo autor quando produziu a sua obra.

Por fim, além de todas as considerações tecidas, no caso do nascimento de bebês múltiplos, ao pai é dada a oportunidade de recriar o seu lugar e função na cadeia familiar, como também a de tornar a sua participação mais intensa junto à mãe, no investimento que juntos farão na parentalidade e na constituição subjetiva desses filhos (Barros & Pachuk, 2001; Maluf, 2008; Ribeiro, 2004). E mais: ainda que este pai esteja presente fisicamente e no exercício de sua função, o desgaste para ele, e em especial para a mãe, é enorme, o que

requer outras entradas na relação. Nesse sentido, merece destaque a participação das avós, cuja ajuda se tem revelado imprescindível, havendo ou não falhas ambientais a serem corrigidas.

Como afirma Cardoso (2011, p. 192), “o papel da avó traz à cena o comprometimento dela nessa tarefa de cuidar de netos, referindo-se a amor incondicional, prazer, alegria e gratificação”. O comprometimento das avós e seu amor incondicional pelos netos têm feito toda diferença na relação que estabelece com esses bebês. O acolhimento delas se reveste de caráter especial na medida em que se colocam, na maioria das vezes, como verdadeiras “mães substitutas”, porque consideram que têm responsabilidades e cuidados como mães [...]” (Cardoso, 2011, p. 194). A participação delas se amplia ainda mais, se considerarmos que elas passam a oferecer “colo” àquelas mães fragilizadas, carentes dos cuidados que só uma também mãe sabe e pode oferecer. Ao se colocarem nesse lugar, é como se uma rede intergeracional de ajuda se estabelecesse na família, ampliando e fortalecendo os laços entre avós, filhos e netos (Cardoso, 2011).

Porém, por mais que a mãe possa contar com a ajuda de terceiros, pensar nas condições maternas para criação de bebês múltiplos pressupõe imaginar o exercício de adaptação só a ela requerido. Ela precisa estabelecer relação única com cada um dos filhos, adaptando-se diferentemente e os acolhendo nas especificidades daquilo que necessitam e pedem individualmente. “No contexto que aqui examinamos, o acento se faz nas possibilidades dessa mãe de reconhecer as necessidades de cada um dos bebês e ser capaz de singularizar suas ofertas” (Passos, *et al.*, 2013, pp. 149-150). Para Winnicott (1975), da singularidade da mãe e de seu jeito criativo de lidar com a vida surge o cuidar materno. Assim, o número de crianças a serem cuidadas por ela tem menor relevância, considerando-se que tudo acontece numa dinâmica única, fruto de um saber singular que se particulariza na medida do necessário, e se amplia, se preciso for, em movimento peculiar, capaz de deixar registros importantes na constituição subjetiva do ser. Nesse sentido, interessante reflexão nos traz Winnicott (1982) ao relativizar a dificuldade em cuidar de várias crianças, se considerada a tensão emocional presente no ato de cuidar de uma única criança:

Fato estranho é pensar-se que a assistência aos filhos é mais difícil quando é maior o número de crianças a cuidar. Na realidade, estou convencido de que quanto menos crianças houver, tanto maior será a tensão emocional. A dedicação a uma só criança é o máximo de tensão, e é uma boa coisa que só dura algum tempo (Winnicott, 1982, p. 27).



Refletir a respeito das condições de a mãe lidar com seus filhos múltiplos implica, também, situá-la na realidade de mundo contemporâneo e, como tal, perpassada por inúmeras outras responsabilidades a ela atribuídas, além daquelas inerentes ao exercício da maternidade. Ser mãe sob tais condições acrescenta responsabilidades e preocupações triplicadas que a acompanham, mesmo quando se desloca de um lugar a outro ou assume diferentes papéis – é o cenário oferecido à mulher contemporânea, que, para lidar com ele, deve encontrar formas efetivas e menos desgastantes de harmonizar as diversas facetas da vida familiar, pessoal e profissional.

Na mesma direção, Rocha-Coutinho (2013) nos sugere que um outro olhar seja lançado sobre a questão, impregnado da sabedoria capaz de preparar a mulher para melhor lidar com as demandas do mundo contemporâneo e, quiçá, com o nascimento de filhos múltiplos se, porventura, um dia eles vierem. “[...] acreditamos ser necessário desconstruir a antiga ideia de que a inscrição da maternidade na mulher faz dela, “naturalmente”, a melhor pessoa para cuidar de seus filhos, tornando-a a principal responsável por seus cuidados e sua educação, e trazendo para a maioria muita culpa por achar que não está alcançando o padrão de boa “mãe” traçado pela sociedade” (Rocha-Coutinho, 2013, p.30). Trata-se de um sinal do nosso tempo?

Ao refletir sobre a temática, ocorreu-nos de perguntar: qual é o lugar ocupado pelo desejo de ser mãe na vida de uma mulher? Para Winnicott (1975), ao se tentar responder à questão, antes de tudo, convém considerar a história pessoal dela e o ambiente que precocemente a acolheu, já que, na concepção do autor, no desenvolvimento primitivo do indivíduo é que serão lançadas, ou não, as bases do viver criativo:

[...] aqui, nesse ponto onde a criatividade passa a existir, ou não (ou, alternativamente, se perde), o teórico tem de levar em conta o meio ambiente, e nenhuma afirmação que se refira ao indivíduo como ser isolado pode tocar o problema central da fonte da criatividade (Winnicott, 1975, p. 103).

Não por acaso Winnicott (1975) reservou grande parte de sua obra ao estudo da criatividade; para ele, trata-se de um dos elementos constitutivos da subjetividade de uma pessoa. A partir daí é que uma mulher – mãe de um ou de múltiplos bebês – encontrará lugar para a expressão do desejo de ser mãe, na medida certa e necessária à sua adaptação ao que lhe solicita cada um dos filhos. Portanto, apesar de estar num mundo que a solicita

nas mais variadas formas e sentidos, no confronto com seu desejo de ser mãe, ela recorrerá, de modo particular, ao que lhe foi legado, tanto pela qualidade quanto pela quantidade das provisões ambientais a ela propiciadas quando ainda era bebê (Winnicott, 1975). Trata-se de experiência fundante com cuja referência vai viver criativamente ou não; por conseguinte, vai desejar, acolher e cuidar, um dia, de um único filho ou de vários:

Descobrimos que os indivíduos vivem criativamente e sentem que a vida merece ser vivida ou, então, que não podem viver criativamente e têm dúvidas sobre o valor do viver. Essa variável nos seres humanos está diretamente relacionada à qualidade e à quantidade das provisões ambientais no começo ou nas fases primitivas da experiência de vida de cada bebê (Winnicott, 1975, p.102-103).

Partindo dessa premissa, podemos dizer que, quando a mulher se depara com o desejo de ter filho, é como se ela voltasse no tempo em busca da experiência matriz, aquela vivida no início de sua existência, e a atualizasse em nova versão, desta feita, experimentada na relação que estabelecerá com o seu bebê. Isso reafirma a importância da provisão ambiental no início da existência humana, referência primeira para um viver criativo cujo êxito será maior ou menor na medida em que a condição de dependência total em que o bebê se encontra é acolhida por um “ambiente suficientemente bom” (Winnicott, 2002). Portanto, a experiência de acolhimento vivida pela mulher no início de sua vida servirá de base para a cena que ela repetirá na relação com o seu bebê.

Assim, no dizer de Winnicott (1975), o impulso criativo é a base para o viver saudável de qualquer pessoa, em qualquer idade, pois ele fornece a “matéria-prima” capaz de alimentar sonhos e de concretizá-los, estejam eles vinculados à produção de uma obra de arte ou à concepção de um filho. Na concretização do desejo é como se o impulso criativo se materializasse e fosse apresentado ao mundo tal qual uma espécie de grande testemunha de sua produção.

O impulso criativo, portanto, é algo que pode ser considerado como uma coisa em si, algo naturalmente necessário a um artista na produção de uma obra de arte, mas também algo que se faz presente quando *qualquer* pessoa – bebê, criança, adolescente, adulto ou velho – se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa [...] de modo que seu impulso criativo possa tomar forma e o mundo seja testemunha dele (Winnicott, 1975, p.100).

Aí está posto o cenário em que Winnicott assenta a noção de criatividade em sua teoria. Ele parte do princípio de que há uma relação de afeto construída, a princípio, com a mãe, e assegurada por um ambiente acolhedor que favorecerá a expressão do ser criativo do bebê. Quanto mais facilitador o ambiente, maiores e melhores as oportunidades para criá-lo e, conseqüentemente, todas as suas outras produções, inclusive, desejar e dar à luz um filho, acolhê-lo, amamentá-lo e amá-lo.

Por tudo isso, revela-se alentador pensar que a maneira de agir de uma mãe em relação aos filhos não depende de sua inteligência, do nível de escolaridade ou de condição socioeconômica; guarda, tão só, relação com a sua capacidade de se identificar com as necessidades do bebê e com a própria experiência de, um dia, também ter sido cuidada por alguém, especial, sua própria mãe. Para Winnicott (2002, p. 55), “há coisas muito sutis que a mãe sabe por intuição e sem qualquer apreciação intelectual daquilo que está acontecendo, às quais ela só pode chegar se a deixarmos com toda a responsabilidade neste campo específico.”

Ainda que a relação mãe-bebê no contexto de filhos múltiplos se revele bastante complexa e demande soluções alternativas, a nossa reflexão se fortalece se contarmos com a possibilidade do que Dias (2003, p. 134) nos tem a dizer acerca do assunto: “Um bebê necessita nada menos que de uma pessoa total, ou seja, inteiramente entregue ou devotada a ele, nem que seja por um pequeno período de tempo, a cada dia.” Se à mãe de múltiplos, o tempo de permanência com cada um deles é limitado pelas circunstâncias, então, ao se colocar diante de cada um, embora por curto espaço de tempo, que ela o faça da melhor maneira possível, como se aquele fosse seu único filho.

Até então, refletimos sobre a maternidade no cenário da reprodução assistida, em especial no contexto dos filhos múltiplos, considerando-se o desafio que representa a mãe acolher, cuidar e diferenciar cada um deles. Trata-se de situação peculiar, tanto para ela quanto para os seus bebês; se a eles é imposta a condição de partilhar tudo com os irmãos, principalmente a atenção da mãe – desde a vida intrauterina à que se seguirá –, dela se espera entrega total, dedicação absoluta e criatividade para lidar com o inusitado das futuras situações. Vejamos, a seguir, algumas outras reflexões que tal discussão nos tem possibilitado.

### **3.4 De “hóspede no corpo” a “hóspede nos braços” da mãe: singularidades da relação mãe-bebê no contexto de filhos múltiplos**

Para Winnicott (1982, p. 29), o bebê é **uma organização em marcha**. Para ele, “em cada bebê há uma centelha vital, e seu ímpeto para a vida, para o crescimento e o desenvolvimento é uma parcela do próprio bebê, algo que é inato na criança e que é impelido para frente de um modo que não temos de compreender”. Nessa afirmativa, está implícito o reconhecimento de que há, em cada bebê, movimento autônomo, inato e endereçado ao crescimento; porém, para que tal tendência aconteça, é preciso que ele seja acolhido e sustentado pelos recursos de ambiência acolhedora oferecida pela mãe, cujos elementos constitutivos são o desejo de ser mãe e o útero, morada primeira, necessária ao acolhimento da centelha vital que carrega consigo.

Assim, não basta a vitalidade inerente àquela “organização em marcha” para a vida avançar; é necessário que alguém a sustente, apesar da disposição inata de seguir em frente. No movimento de uma vida a favor de outra vida, o cordão umbilical exerce seu principal papel: fazer circular o alimento, o substrato de amor e sangue necessário a que a mãe dê continuidade à tarefa de sustentar aquela vida que, ao longo de nove meses, pulsará dentro de si. Findo esse período, o bebê passará de **“hóspede no corpo a hóspede nos braços”** de sua mãe. Para que a passagem não se faça brusca, a natureza se desdobrou em delicadezas, dotou a mãe de dois seios, como que a representar simbolicamente as duas principais funções a ela delegadas para aquele momento: ser fonte de vida e fonte de amor para o seu bebê.

Queiroz (2005), ao refletir sobre a amamentação, afirma que o sentido de alimentar uma criança ao seio seria a forma mais próxima da continuidade intrauterina e, por essa razão, capaz de amenizar a angústia do bebê que vive, de maneira fragilizada, os seus primeiros dias de vida.

Em outro momento, ao se referir à prematuridade no nascimento, a autora a considera como algo que, de maneira traumática, causa ruptura no contato corpo a corpo havido entre a mãe e o bebê no ambiente uterino. Nada mais indicado, portanto, à manutenção desse contato do que o aconchego oferecido pela amamentação. Entretanto, no contexto de nascimento de bebês múltiplos, tal possibilidade é remota para a maioria deles,

uma vez que nascem prematuros cuja fragilidade física e risco de vida impedem as mães de amamentá-los ao seio, já que eles permanecem em UTI neonatal por longo período.

Sabe-se o quanto é importante a assistência prestada pela mãe ao seu bebê, seja ele nascido de parto a termo ou prematuro. Em momento tão delicado da vida, a amamentação se oferece como uma espécie de rito de passagem, facilitando o deslizamento gradativo do bebê por entre as várias dimensões do corpo da mãe: passa da vida intrauterina para o mundo externo, mas mantém alguns elementos daquele ambiente que integralmente o acolheu por toda a gestação. Por meio da amamentação, continua a ser oferecido ao bebê o alimento que nutre, o cheiro e a voz materna que o guiam em direção ao seio, o calor que aconchega, a pulsação que lhe lembra o ritmo das batidas do coração; por seu intermédio, permanece preservado, por mais algum tempo, um pouco daquilo que lhe é tão familiar e, como tal, capaz de amenizar a angústia proporcionada pela passagem para o mundo externo. A “função *holding*” de que trata Winnicott (1983) assume, então, uma de suas mais importantes formas de expressão. Se antes todo acolhimento ao bebê era propiciado pelo útero materno, agora passa a ser exercido pelos cuidados de uma “mãe suficientemente boa” e de um ambiente acolhedor que tentará chegar o mais perto possível daquele que, em seu útero, acolheu o seu bebê.

Por tudo isso, no estado primeiro da vida, a presença da mãe junto ao bebê se reveste de especial importância. Não por acaso, tantas vezes Winnicott a ela se dirigiu ao longo de sua obra. Foi assim, quando desejou alertá-la para a responsabilidade em relação ao seu bebê na etapa subsequente ao nascimento: “O bebê foi concebido em você e, a partir desse momento, tornou-se um hóspede em seu corpo. Após o nascimento, ele converteu-se num hóspede em seus braços” (Winnicott, 1982, p. 29).

Com essa enunciação, talvez Winnicott tenha pretendido delinear para as mães a verdadeira extensão da necessidade da presença delas junto aos seus bebês – presença fundamental desde antes do nascimento e para além dele, na medida em que lhes cabe a responsabilidade de oferecer a eles os elementos fundantes necessários à sobrevivência física e, em especial, aqueles indispensáveis a que o processo de singularização aconteça.

Ao mesmo tempo, entretanto, acolher um filho nos braços se constitui movimento complexo cujos elementos constitutivos encontram seus fundamentos tanto na história de vida da mãe quanto na de seu bebê. Assim, há mães que desfrutaram de farta provisão ambiental quando eram bebês; outras, nem tanto. Há mães que tiveram gestação saudável;

outras necessitaram de amparo extremo, fundamental para a sua vida e a do bebê não fenecerem. Há bebês que nascem mais dotados fisicamente que os demais, em melhores condições de maturação; outros tantos nascem prematuros e com baixo peso, por vezes com alguma comorbidade capaz de exigir deles e dos que o cercam esforço adicional para vencer os desafios e permitir que a vida se sobreponha à morte.

Sabemos que as últimas semanas da vida fetal e as primeiras semanas depois do nascimento representam um período crítico, durante o qual o bebê é muito sensível aos efeitos do ambiente. [...] A ruptura precoce do vínculo mãe/feto no nascimento prematuro interrompe o processo de desenvolvimento intra-uterino do bebê e lhe impõe condições de vida pouco naturais e com frequência difíceis, que podem trazer consequências tanto para o bebê como para seus pais (Pinto, Graham, Iger & Solis-Ponton, 2004, pp. 177-178).

Se, para Winnicott (1990, p. 133), “[...] o tempo certo para o nascimento, do ponto de vista das necessidades emocionais, é o momento do termo [...]”, o que dizer, então, sobre as crianças que nascem prematuras, no contexto de filhos múltiplos gerados por reprodução assistida? O que há de especial nessa condição?

Em consequência da prematuridade e da saúde frágil que, em geral, tais bebês apresentam, o nascimento de múltiplos gerados por reprodução assistida é sempre marcado por cuidados físicos e psicológicos especiais; ademais, está envolvido numa espécie de aura de mistérios e encantamento, por representar a supremacia da vida num cenário em que (como muitas vezes acontece) nem mais esperança existia.

Sobreviver às tentativas frustradas de concepção e às diversas perdas impostas pelo processo pode deixar marcas profundas nessas mães e na relação que venham a estabelecer com seus bebês. Quanto às consequências para a constituição subjetiva de cada um, ainda não se têm elementos suficientes para se dimensionar. O que já se sabe, porém, é que os medos e as expectativas geradas por pais e demais familiares em relação a essas crianças podem representar um fardo pesado demais a ser carregado por elas ao longo da vida.

Por serem crianças que “vingam”, podem ganhar o status de “crianças perfeitas”, crianças que surgem como objetos da realização de um ideal porque nascem sob a aura de um milagre, dado que “venceram” a

infertilidade. Sabemos que nada é mais apto à frustração e à depressão que essa colagem ao ideal (Morgenstern & Gueller, 2012, p. 254).

Se é este o cenário onde se situam os filhos da reprodução assistida, interessa-nos refletir também sobre “os desdobramentos psíquicos dessas gravidezes múltiplas, desse manejo de vida e de morte e dos efeitos que se produzem nos bebês como, por exemplo, o de serem “sobreviventes”, entre embriões que não vingaram” (Morgenstern & Gueller, 2012, p. 254); além disso, tem-se o fato de serem embriões escolhidos dentre aqueles que não o foram, e que por isso mesmo permaneceram guardados em câmaras de conservação das clínicas de reprodução assistida; esse dado, tem-se constituído fonte de angústia maior para as mães que, em sua maioria, não sabem qual destino lhes reservar. Em paralelo, questões relacionadas ao enigma da origem, fundamental para a constituição psíquica do novo ser, podem surgir como elementos desconhecidos e, por tal razão, capazes de interferir na dinâmica da relação da mãe com seus filhos e na constituição subjetiva destes.

O tema “gestação de múltiplos” também merece destaque se consideradas as suas especificidades, da concepção à permanência na vida intrauterina: vários fetos compartilham o mesmo útero e alimento; eles dividem o espaço psíquico de seus pais bem como os seus sonhos em relação ao nascimento desses filhos. Além do mais, segundo Marques (2010, p. 23), cada bebê “carrega consigo o perigo de ser e de viver sem a experiência do uno”, o que pode representar uma dificuldade a mais na construção de sua identidade.

Para a autora, muitos são os desafios impostos àqueles que nascem nessas condições, com destaque para o fato de eles terem de levar consigo, desde a concepção e pela vida afora, esses “outros-si-mesmos”; além disso, viver na intimidade do semelhante e ter que se constituir e se reconhecer como outro exterior e diferente é também mais um obstáculo a ser enfrentado pelos bebês múltiplos. Ademais, ocupar um lugar próprio não só no desejo dos pais como também no da família e do social - apesar das dificuldades de reconhecimento promovidas por aqueles que se revelam incapazes de uma diferenciação estável - talvez se constitua uma das questões mais difíceis de lidar.

Esses desafios não se limitam apenas à dimensão dos múltiplos, podendo afetar, inclusive, a mãe na sua capacidade de transcender as semelhanças e de marcar as diferenças de cada um deles; nesse sentido, é confortante pensar no que nos diz Marques

(2010, p. 23), apesar de a autora se referir tão só aos nascimentos duplos: “Parece que os nascimentos duplos não inviabilizam a diferenciação: apenas dificultam”.

Winnicott (1982) também escreveu sobre gêmeos. As suas reflexões, embora se refiram a gêmeos gerados por concepção natural, servirão de guia para o nosso estudo. Nelas, o autor ressalta peculiaridades, aponta dificuldades, oferece exemplos, formula questões inerentes a essa tão especial condição de estar no mundo e de lidar com a vida.

O autor inicia o seu texto, referindo-se ao fato de conhecer mães que ficaram encantadas por terem tido gêmeos e de conhecer gêmeos que gostam de o ser. Entretanto, enfatiza o que eles (mãe e gêmeos) pensam a respeito do assunto, caso lhes fosse facultada a possibilidade de escolher entre “ter” e “ser gêmeo”, respectivamente:

[...] Mas quase todas as mães afirmam que não teriam realmente escolhido gêmeos, se tivessem sido consultadas, e há gêmeos, mesmo aqueles que parecem bastante satisfeitos com a sua situação, que usualmente me confessam que teriam preferido chegar cada um por sua vez (Winnicott, 1982, p.154).

Os bebês múltiplos referidos neste estudo, diferentemente dos gêmeos aludidos por Winnicott (1982), foram gerados de óvulos fecundados fora do útero de suas mães (por processo de fertilização *in vitro*, FIV) e, posteriormente, nele implantados por um especialista. Do ponto de vista da aparência física, esses bebês mais parecem irmãos comuns; no entanto, deles se diferenciam no fato de que, como múltiplos, conviveram, lado a lado e a um só tempo, no ventre materno, disputando espaço, alimento e atenção da mãe desde quando, inda embriões, foram implantados no útero.

Por tudo isso, pensar no desenvolvimento emocional de bebês múltiplos nos aproxima do pensamento de Winnicott (1982), mais precisamente, no ponto em que ele reflete sobre a experiência primária de egoísmo e sobre a noção de desprendimento, embora discutidas por ele apenas na perspectiva de bebês únicos gerados por concepção natural. Nesse sentido, Winnicott (1982, p.155) nos lembra que o “desprendimento só se afirma de um modo estável e sadio se estiver baseado numa experiência primária de egoísmo”. Essa experiência é aquela possibilitada pela assistência de uma “mãe suficientemente boa”, que, devotada à satisfação dos desejos do seu bebê, deixa que os impulsos dele dominem até o momento em que seja capaz de aceder ao ponto de vista de



outra pessoa. Para que isso aconteça, deve a mãe permitir ao bebê que o sentido de onipotência, como dimensão criadora do psiquismo, seja vivido por ele em ampla aceção.

No princípio, a mãe deve estar apta a propiciar ao seu bebê o sentido de posse e a sensação de que exerce o controle sobre ela, de que a mãe foi criada para a ocasião. Sua vida privada não é inicialmente imposta ao bebê. Com a experiência do egoísmo primário impregnada até os ossos, o bebê está capacitado a ser mais tarde desinteressado e despreendido sem demasiado ressentimento (Winnicott, 1982, p. 156).

No entendimento do autor, quando o bebê nasce sozinho, vai ter o tempo que precisar para admitir que sua mãe tem direito a outros interesses, inclusive, ao de ter outro filho. De outra parte, ele reconhece que, para a criança pequena, a chegada de um irmão é sempre uma situação difícil de ser enfrentada. Antes dos dois anos de idade, as crianças não se fazem companhia, não brincam juntas; mais se intimidam reciprocamente do que qualquer outra coisa.

Na verdade, cada bebê tem seu momento próprio para acolher um irmão ou irmã; e é um momento importante aquele em que um filho pequeno pode genuinamente “permitir” (isto é, conceder) à mãe uma nova gravidez (Winnicott, 1982, p. 156).

Em sendo assim, aos bebês múltiplos o tempo de preparação para receber novo irmão lhes é negado, assim como a vivência do **egoísmo primário** e a exclusividade nos cuidados maternos. Há sempre um outro com quem se confrontar; há sempre um outro com quem precisa dividir tudo, principalmente a atenção da mãe.

E na perspectiva dessas mães, o que se poderia ressaltar? Ao discutir a questão, embora se refira apenas a uma mãe de gêmeos, Winnicott (1982) se coloca de maneira clara e taxativa - admite que ela vai enfrentar dificuldades e que os fracassos podem advir; apesar disso, supõe, ela vai fazer o melhor que puder. Quanto aos filhos, haverão de encontrar um jeito de lidar com as limitações em tal condição.

A mãe de gêmeos tem uma tarefa extra, acima de todas as outras, que é dar-se toda a dois bebês ao mesmo tempo. Até certo ponto, ela deve fracassar, e a mãe de gêmeos deve-se contentar em fazer o melhor

possível, esperando que as crianças encontrem, finalmente, algumas vantagens que compensem essa desvantagem inata ao estado geminal (Winnicott, 1982, p. 156).

Segundo Winnicott (1975), **viver criativamente** se coloca como uma condição para o viver e, no seu contrário, uma das possibilidades para o adoecer. Se o tema da criatividade se constitui um dos pilares de sua obra, nada mais natural para o autor do que apostar num viver criativo, condição necessária para que a **continuidade de ser** aconteça e a vida avance. Ao admitir, no caso dos gêmeos, que se deve esperar que “as crianças encontrem finalmente algumas vantagens que compensem essa desvantagem inata ao estado geminal”, sem dúvida, Winnicott (1982, p.156), aposta na criatividade como uma espécie de alternativa de enfrentamento capaz de fazer face às dificuldades que a gemelaridade impõe.

O que podemos dizer, então, acerca da relação mãe-bebê e daquela que se estabelece entre os próprios múltiplos, quando o foco de nossa atenção se volta para o nascimento de trigêmeos, quadrigêmeos, quíntuplos e até mais bebês por gestação? Se a uma mãe de gêmeos o entregar-se inteiramente a dois bebês não se constitui tarefa fácil, como o próprio Winnicott (1982) admite, fazê-lo com três, quatro e até mais bebês ao mesmo tempo pode constituir-se desafio insuportável.

Apesar das dificuldades apontadas, encontramos nas palavras do autor um aceno para as possibilidades de enfrentamento a serem utilizadas pelos bebês múltiplos quando a não exclusividade dos cuidados maternos se tornar realidade. Estaria ele sinalizando para as potencialidades da relação fraterna como alternativa utilizável pelos irmãos múltiplos no preenchimento das lacunas deixadas pela relação mãe-bebê? Estaria o autor referindo-se a uma espécie de desenvolvimento precoce da percepção do outro como uma peculiaridade da filiação gemelar? E nas demais filiações múltiplas, como esse fenômeno se expressaria?

Passos *et al.* (2013), ao discorrerem sobre a não exclusividade nos cuidados maternos na filiação múltipla, produzem reflexão que também acena com alguma possibilidade de respostas para perguntas que nos temos feito acerca dessa tão singular relação mãe-bebê.

O segundo aspecto diz respeito às peculiaridades próprias a uma relação em que a não exclusividade nos cuidados maternos pode levar os bebês (irmãos) a terem mais cedo uma percepção da presença do outro. Essa presença não se faz sozinha, mas vem acompanhada da maneira como a

mãe, e depois o pai lidam com os vários bebês e como atendem às suas necessidades. Esta visão tão remota do outro, do semelhante, configurar-se-ia como os primórdios da relação fraterna e de seus desdobramentos. Pensamos que esse compartilhar de um espaço semelhante, mesmo que não seja percebido pelos bebês, poderá gerar na mãe uma visão paradoxal do igual e do diferente, por meio da qual ela poderá, paulatinamente, oferecer o que todos precisam, cuidando para lhes apresentar um olhar diferente (Passos *et al.* 2013, p. 154).

Em sua reflexão, as autoras chamam a atenção do leitor para importantes aspectos, tão raros quanto específicos de uma filiação múltipla; neste sentido, leva-nos a admitir que o relacionamento entre esses irmãos assume importância e precocidade distinta daquela observada entre irmãos que nascem cada um a seu tempo; pode-se dizer, também, que muito cedo os múltiplos são convocados a se darem conta da presença do outro, presença corporal sentida desde o útero materno. Acontece, por vezes, numa gestação de múltiplos, de os bebês passarem a gestação inteira na mesma posição, colados ao mesmo irmão, por falta absoluta de espaço para se virar; tal fato gera conseqüências, podendo repercutir, por exemplo, na ordem de nascimento das crianças ou mesmo no peso de cada um ao nascer.

Além disso, na caminhada “**de hóspede no corpo, a hóspede nos braços de sua mãe**”, inicialmente a mãe (em seguida, o pai), enquanto procura satisfazer às necessidades de cada um dos filhos, vai percebendo que, para além das semelhanças, há diferenças a serem consideradas na relação com eles. Essa constatação vai oferecer aos pais a oportunidade de acolhê-los e de cuidar de cada bebê conforme o jeito singular de manifestar-se, seja ao expressarem as necessidades, seja quando suportam não tê-las satisfeitas de imediato, seja quando reagem às mudanças ambientais.

Assim, desde pequenos sinais emitidos, entre os próprios bebês e entre esses e seus pais, uma espécie de rudimento de comunicação começa a se estabelecer: por exemplo, quando um chora, o outro chora também; quando um se encosta no irmão por sentir frio ou quando buscam aconchego no outro quando a mãe demora. Essas expressões podem conter elementos dessa comunicação precocemente marcada pela presença do outro e que, de certa maneira, acabam por revelar o jeito singular de cada bebê se manifestar.

Como já comentamos, dada a importância das reflexões de Winnicott (1982) acerca da condição gemelar, tomá-las-emos como guia para o nosso trabalho. Assim, caminharemos por entre suas enunciações, citando-as e dialogando com elas e, quando

necessário, fazendo as ampliações necessárias, à medida que a aproximação com a realidade atual exija. Passemos, pois, ao diálogo.

### **3.4.1 Conversando com Winnicott sobre gêmeos**

Na obra intitulada *A criança e o seu mundo*, Winnicott (1982) reservou um de seus capítulos às reflexões sobre gêmeos. Pela importância para o nosso trabalho, tomaremos recortes do seu pensamento e tentaremos dialogar com ele na interface com as questões que o nosso estudo tem possibilitado.

- “É impossível à mãe satisfazer simultaneamente as necessidades imediatas de dois bebês. Por exemplo, não pode pegar em cada um dos dois primeiro, seja para amamentar, para mudar de fraldas ou dar banho” (p.156).

Fazendo as aproximações necessárias, podemos partir do princípio de que uma mãe de múltiplos que dá à luz três, quatro bebês de uma só vez não tenha força física nem braços e colo suficientes para acomodar todos eles ao mesmo tempo. Se a natureza lhe deu apenas dois seios, essa condição já impõe, em princípio, limitações importantes no tocante à amamentação. A ela resta a possibilidade de conduzir a questão de forma criativa. Na essência, é preciso que sejam contempladas, na satisfação das necessidades de cada bebê, especificidades relativas ao tempo de espera, à sua resistência à frustração, entre outros aspectos. Além disso, a alimentação complementar poderá ser introduzida mais cedo.

- “Pode tentar tudo para ser imparcial e sentir-se recompensada se levar a sério esse problema desde o começo, mas isso não pode ser coisa fácil” (p.156).

Não só “não é coisa fácil”, como também é impossível ser imparcial com tantos bebês. Afinal, trata-se de uma mãe que se coloca em relação íntima e constante com vários bebês que apresentam a todo o momento as mais variadas reações. São contingências da relação a dois a entrar em cena. Resta-lhe atentar para o que de mais sutil cada criança

apresenta e, a partir daí, estabelecer uma comunicação no sentido de um acolhimento instituído na diferenciação.

- “De fato, ela verificará que sua finalidade não é tratar cada filho de maneira idêntica, mas tratar como se fosse um único. [...] A mãe tentará descobrir diferenças entre cada bebê, desde o momento em que nasceram” (p.157).

A mãe não só não pode ser imparcial, como também aos poucos se vai dando conta das sutilezas marcantes na relação com cada um deles. Aos poucos, ela vai ajustando-se à singularidade dos filhos e percebendo que eles apresentam capacidade de pedir e de esperar com características próprias. Assim, à medida que ela se apropria da situação e interage com os bebês, vai surgindo algo nela e neles que começa a se impor em função de suas peculiaridades. Cada um, a seu modo, vai pedindo-lhe coisas, e ela, naturalmente, vai respondendo à medida que lhe são solicitadas. Então, ela começa a perceber os temperamentos diferentes; se lidar com eles, observando tais diferenças, eles vão desenvolver características pessoais. As diferenças se instituirão a partir do olhar, do jeito como ela lida com cada filho – como é capturada por eles e como cada filho a captura de uma forma distinta. A diferença só se estabelece, porque ela é um outro para cada filho. Nessa relação complexa, refinada e sutil, a diferença vai-se instituindo, independente da vontade da mãe.

- “Não é solução cuidar a mãe de um dos bebês e entregar o outro a uma babá ou ama” (p.157).

Entendemos que a recomendação do autor não é a mãe de gêmeos não poder partilhar os cuidados dos filhos com terceiros, e sim não os delegar exclusivamente à babá (ela com um e a babá com o outro). Para o autor, se ela assim o fizer seguidas vezes, mesmo por curto espaço de tempo, um dia, o bebê cuidado pela babá revelará todo o seu ciúme contra o irmão, embora tenha sido bem cuidado por esta.

No caso de bebês múltiplos, essa questão, imaginamos, pode ficar ainda mais difícil de se administrar. Com três ou quatro bebês nascidos ao mesmo tempo, em geral prematuros, a possibilidade de a mãe, sozinha, cuidar deles é remota. Porém, se

considerarmos o que Winnicott recomenda, as pessoas que vierem ajudar a mãe nos cuidados com tais crianças não deverão tentar ocupar um lugar que é só dela. De fato, é preciso que ela dedique um pouco do seu tempo a cada filho, ainda que por curto período a cada dia; quando esse momento chegar para cada um, ela deverá conduzi-lo da melhor forma possível, como se, naquele momento, ele fosse seu único filho e aquela, a única tarefa a fazer. Agindo assim, estará oferecendo a sua “dose diária de mãe” e, semelhante às vacinas na prevenção dos males do corpo, estará fornecendo a sua dose diária de aconchego e amor, necessária à saúde psíquica de cada filho.

- “As mães de gêmeos parecem concordar em que, mesmo quando os gêmeos parecem por vezes desfrutar o fato de serem tomados um pelo outro, as mesmas crianças precisam que sua própria mãe reconheça a identidade de cada uma delas, sem qualquer hesitação” (p.157).

Se, de início, a hesitação da mãe em relação ao reconhecimento de cada filho parece natural, com o passar do tempo, ela vai apropriando-se das pequenas diferenças percebidas, passando a utilizá-las na comunicação com eles. Por conseguinte, a resposta deles se deixará impregnar desse elemento novo, reafirmando a comunicação a partir daí. Para o bebê, a mãe, dentre todas as pessoas, é aquela que o distingue facilmente, ainda que utilize algum artifício externo para isso.

- “Não só é uma pena, do ponto de vista da mãe, ter de acudir simultaneamente aos dois, mas também quando um bebê chora gosta de dominar a cena; é de enlouquecer, isso de ter um rival na fase infantil da ditadura natural, e sei que os efeitos desse tipo de acontecimento persistem por muito tempo na vida de um gêmeo” (p.158).

Para lidar com tamanha demanda, a mãe precisa criar estratégias de enfrentamento, como, por exemplo: quando um acordar, retirá-lo do ambiente para não acordar o outro; se um bebê estiver na hora de mamar (vai acordar chorando), antecipar-se ao fato, preparando mamadeiras um pouco antes da hora. Mas, a quem amamentar primeiro? Referindo-se a uma mãe nessas circunstâncias, Winnicott (1982, p. 158) comenta: “Essa mesma mãe superou a dificuldade de “quem amamentar primeiro” tendo suas mamadas prontas a

tempo, e alimentando primeiro o bebê que se mostrasse mais ávido. Era usualmente fácil decidir pelo choro”. Porém nem sempre as coisas são tão simples assim. No caso de trigêmeos, de quadrigêmeos, a tarefa se torna muito mais difícil de se resolver; mais complexa ainda se torna a situação quando mais de um deles adoece ao mesmo tempo. Além do mais, não podemos deixar de considerar que a presença “do outro” vai ser sentida numa etapa ainda muito precoce da vida e que nada se pode fazer neste sentido, senão considerá-la uma prerrogativa de tal condição de nascimento. As adaptações vão acontecendo ao longo do tempo.

E quando perguntado se um gêmeo gosta do outro, Winnicott respondeu:

- “É uma pergunta a que os gêmeos devem responder. Daquilo que me é contado, deduzo que a ideia segundo a qual os gêmeos se querem entranhadamente necessita ser examinada. Aceitam com frequência a companhia um do outro, têm prazer em brincar juntos e detestam que os separem, mas, apesar de tudo, não conseguem convencer que se amam mutuamente” (p.159).

E continua o autor:

- “[...] Isso não se ajusta a todos os casos, mas quando duas crianças foram colocadas uma junto da outra, sem que nisso fossem ouvidas nem chamadas, elas não podem saber se teriam escolhido conhecer-se mutuamente. [...] Assim, é importante que não se considere como ponto pacífico que os gêmeos querem passar a vida juntos” (pp.159-160).

E na tentativa de responder se os *gêmeos se amam mutuamente*, Winnicott (1982, p.160) o faz da seguinte forma:

- “Pode ser que sim, mas também pode ser que não, e eles poderão até ficar gratos à mãe, ou a algum acontecimento fortuito, como o sarampo, por exemplo, se forem separados, já que é muito mais fácil tornar-se uma pessoa integral estando sozinha do que na companhia do próprio irmão gêmeo”(p.160).

Trazendo a questão para a temática dos múltiplos (trigêmeos, quadrigêmeos, quádruplos), imaginamos que se trate de situação ainda mais difícil de lidar. Nesse sentido,

a fala de Dia e Noite acerca das dificuldades enfrentadas sempre que precisava sair com apenas um dos filhos, ilustra a necessidade que sentem essas crianças de se sentirem únicas e de receberem atenção diferenciada dos pais: *“sempre saímos com os três filhos, para todo lugar, exceto para o médico. E quando isso acontece, sinto que eles ficam muito agradecidos; me beijam muitas vezes; é como se existisse uma cumplicidade entre eles e eu. Eles sentem falta dessa atenção exclusiva”*(Dia e Noite).

Por fim, podemos afirmar, nessa via de mão dupla estabelecida, tanto o exercício da maternidade quanto a condição de filho múltiplo vão requer trabalho de subjetivação adicional relacionado à necessidade de se estabelecer e de simbolizar laços que se constroem na simultaneidade. À mãe cabe reconhecer sinais expressos de maneira muito delicada, o que lhe exige olhar especial capaz de encontrar saídas criativas para uma relação que favoreça a expressão singular de cada bebê, em cujas respostas vão distinguindo-se as diferenças.



## **4. O PERCURSO METODOLÓGICO TRILHADO**

*“Há uma dimensão infinita no encontro, que mesmo com o uso de aparelhos de registro sofisticados, do ponto de vista tecnológico, não conseguiremos abranger.”*

**(Gilberto Safra)**

#### 4.1 Considerações iniciais

Apesar de o caminho do conhecimento científico impor busca direta de explicação a questões formuladas sobre determinado objeto, o que se oferece como resposta nem sempre alcança a linearidade almejada pela ciência, em especial, quando se trata de temática relativa à singularidade humana em suas variadas formas de expressão. Dela emanam questões cujo esforço por conhecê-las vai demandar, via de regra, inúmeras adequações.

Por vezes, trava-se verdadeiro embate entre o pesquisador e seu objeto de estudo na busca de melhor diálogo entre eles. Nesse sentido, pesquisar é, antes de tudo, adotar postura metodológica, espécie de fio condutor de nosso olhar ao nos voltarmos para o humano, para a ciência e, de modo especial, para a temática que optamos por conhecer.

Para o pesquisador, a escolha do caminho a ser percorrido se reveste de especial importância na medida em que suscita definições e o convoca naquilo que se refere à sua visão de homem e de mundo, a qual põe em evidência seus valores, crenças e afinidades teóricas. Nessa perspectiva, o método se oferece como uma espécie de “porto seguro”, cenário onde se examina, com segurança, aquilo que se pretende pesquisar. E se o campo onde se desenvolverá a pesquisa é o da psicologia clínica, complexo e multifacetado por excelência, a escolha do método deverá revestir-se de cuidados especiais, haja vista a necessidade de se dialogar com diferentes indivíduos, respeitando aquilo que os fazem singulares.

Assim, podemos afirmar, a natureza do estudo é que demanda o método e os instrumentos de que o pesquisador deverá lançar mão para atender às especificidades da temática. De outra parte, além de manter o foco na questão, o método precisa ser profundo quando investiga; delicado quando abordar o sujeito da pesquisa; aberto e flexível o suficiente para aproximar, cada vez mais, o pesquisador dos vários interlocutores e de seu objeto de estudo.

Por fim, importa ressaltar também, que o êxito de uma pesquisa guarda estreita relação com os procedimentos éticos que a norteiam. A propósito disso, submetemos o projeto gerador desta pesquisa ao comitê de ética, com o registro de aprovação CAEE n.10886112.0.0000.5206, conforme cadastro efetuado na Plataforma Brasil, condição indispensável para a realização das entrevistas.

Todo o material coletado ficará guardado por cinco anos, sob nossa responsabilidade. E mais: asseguramos às participantes total sigilo dos dados por elas fornecidos. Para tanto, adotamos pseudônimos na identificação de cada mãe-participante e omitimos os dados que pudessem comprometer o seu anonimato.

## **4.2 Natureza da Pesquisa**

No caminho escolhido para aprofundar determinada temática, por vezes nos deparamos com limites e obstáculos relacionados não apenas à escolha do método como também às habilidades e motivações do pesquisador e, de modo especial, às peculiaridades do objeto em estudo. Por tal razão, nesta pesquisa, optamos por trabalhar qualitativamente, por ser a maneira mais adequada no atendimento às peculiaridades da temática que resolvemos estudar. A propósito, diz Turato (2003, p. 168):

Assim, trabalhar qualitativamente implica, necessariamente, por definição, em entender/interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá aos fenômenos em foco, através de técnicas de observação ampla e entrevistas em profundidade (instrumentos necessários e suficientes), em que são valorizados o contato pessoal e os elementos do setting natural do sujeito [...] (Turato, 2003, p. 168).

Neste estudo, só o trabalho qualitativo nos levaria aos vários sentidos e significados contidos na experiência de ser mãe de múltiplos bebês. Sabíamos da necessidade de chegarmos bem perto das mães e de ouvi-las cuidadosamente naquilo que teriam a nos revelar. Sabíamos, ainda, que, ao bem escolher o método, teríamos minimizadas as possíveis dificuldades ao longo da pesquisa.

Assim, ao recorrer a Turato (2003) na caracterização do método, constatamos que o autor descreve o método clínico-qualitativo como um meio científico de conhecer e de interpretar significações psicológicas e psicossociais da área da saúde; ele está situado no paradigma fenomenológico, no âmbito das ciências do homem, o que possibilita o diálogo com várias concepções teóricas, dentre as quais, a psicanálise.

[...] o método clínico-qualitativo é concebido como um meio científico de conhecer e interpretar as significações – de naturezas psicológicas e psicossociais – que os indivíduos (pacientes ou quaisquer outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas da saúde, tais como a equipe de profissionais, os familiares e pessoas da comunidade), dão aos fenômenos do campo da saúde-doença. Ocorre sob o paradigma fenomenológico, dentro da área das Ciências do Homem, com valorização das angústias e ansiedades existenciais das pessoas envolvidas no estudo e pautando-se num quadro interdisciplinar de referenciais teóricos com destaque às concepções psicanalíticas básicas (Turato, 2003, p. 240).

Portanto, o nosso estudo se coloca como uma pesquisa qualitativa situada no âmbito da psicologia clínica, tendo por objetivo geral investigar a condição de mulheres que buscaram a reprodução assistida e se tornaram mães de múltiplos bebês, procurando compreender como elas têm lidado com essa condição. Como objetivos específicos, pretendemos analisar a reprodução assistida e seus impactos sobre a relação das mães com seus filhos múltiplos; discutir as implicações psíquicas produzidas pela reprodução assistida sobre a gravidez e saúde dessas mulheres, sem deixar de discutir a noção winnicottiana de ambiente e suas implicações na relação mãe-bebê.

### **4.3. Mães-participantes**

Fizeram parte deste estudo três mães de múltiplos residentes na região metropolitana de Recife e pertencentes ao segmento socioeconômico médio de acordo com critérios do IBGE. Casadas há mais ou menos 10 anos, com idades entre 32 e 38 anos, todas mães de trigêmeos gerados por processo de reprodução assistida. Profissionais de nível superior, no momento da pesquisa, exerciam regularmente a profissão – uma assistente social, uma advogada e uma engenheira civil.

Elas foram convidadas a participar da pesquisa por meio de informação fornecida por profissionais que trabalhavam com a temática, como também por intermédio de pessoas do nosso conhecimento. Foram selecionadas pelo critério de inclusão proposital, também denominada “intencional” ou “deliberada”. Por tal critério, o pesquisador escolhe deliberadamente os participantes que comporão o estudo de acordo com os objetivos do

trabalho, desde que possam fornecer as informações desejadas (Turato, 2003). Por essa razão, fatores como idade, escolaridade, religião e nível socioeconômico a que as mães pertenciam, não os consideramos como critério de inclusão no nosso estudo, apesar de as três terem o mesmo perfil.

Merece destaque, no entanto, a dificuldade que tivemos para encontrar mães de múltiplos bebês que houvessem engravidado por meio da reprodução assistida e se dispusessem a falar acerca de tal experiência.

Por se tratar de pesquisa qualitativa e de não pretendermos dar a ideia de paridade, optamos por trabalhar com três mães.

#### **4.4. Instrumento de coleta dos dados**

Certamente, no relato da experiência das mães, muitos foram os fatos e os momentos por elas lembrados (nem sempre gratificantes) e, quase sempre, narrados com muita emoção. O instrumento de coleta de dados precisava acolher a riqueza dessa expressão.

Neste estudo, a entrevista narrativa se ofereceu como a melhor opção. Foi necessário deixar as mães falarem livremente sobre a sua experiência; ouvi-las de forma quase artesanal, sem amarras, apenas com leves toques de retomada quando os caminhos por elas percorridos pareciam longos demais ou se desviavam dos objetivos da pesquisa. Recorremos à entrevista narrativa no formato proposto por Jovchelovitch e Bauer (2003), por ser um instrumento de investigação adequado quando se pretende compreender a experiência humana nas suas mais variadas expressões. Trata-se de uma forma de entrevista não estruturada, um meio privilegiado de acesso à experiência que se pretende pesquisar em profundidade.

Através da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma sequência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social. Contar histórias implica estados intencionais que aliviam, ou ao menos tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana normal (Jovchelovitch & Bauer, 2002, p. 91).

Segundo os autores, a técnica recebe seu nome da palavra latina *narrare*, que quer dizer “relatar”, “contar história”. São histórias de vida não apenas contadas mas também ouvidas. Para Jovchelovitch e Bauer (2002), a entrevista narrativa é composta de quatro fases principais, embora eles ressaltem a importância da etapa de preparação que antecede a entrevista propriamente dita. Para os autores, ela requer tempo e ampla compreensão da temática, de modo a se preencherem lacunas sobre o assunto e se poder formular uma questão capaz de dar sustentação a toda a narrativa.

O pesquisador necessita adquirir familiaridade com o conteúdo a ser investigado; deve preparar, para isso, uma lista de perguntas pertinentes ao seu interesse (*exmanentes*), o que se constitui etapa de preparação para entrar em contato com as questões imanentes – aquelas trazidas pelo informante. Para Jovchelovitch e Bauer (2002, p. 97), “o ponto crucial da tarefa é traduzir questões exmanentes em questões imanentes, ancorando questões exmanentes na narração, e fazendo uso exclusivamente da própria linguagem do entrevistado”. No nosso caso, procuramos focar as questões imanentes, anotando a linguagem utilizada e nos preparando para as perguntas à narradora em dado espaço de tempo.

Como o que pretendíamos era o acesso à experiência das mulheres participantes na condição de mães de múltiplos bebês, partimos da seguinte questão:

*Fale-me sobre a sua experiência de ser mãe de várias crianças ao mesmo tempo. Não tenha pressa. Tudo que for importante para você nos interessa.*

Para Jovchelovitch e Bauer (2002), as fases da entrevista narrativa são as seguintes: 1. iniciação; 2. narração central; 3. fase de perguntas e 4. fase conclusiva. Na sequência, descreveremos cada uma delas.

### **Fase 1: iniciação**

Demos breve explicação sobre a pesquisa às mães-participantes; em seguida, solicitamos-lhes autorização para gravar a sua narrativa, providência essencial para nossa análise posterior. Nesta fase, fala-se um pouco sobre o desenrolar do processo, iniciado pela narração sem interrupção seguida da etapa das perguntas de esclarecimento e complementação.

O tópico inicial diz respeito ao interesse do entrevistador, que se prepara para a entrada no tópico central – etapa de início do processo propriamente dito, a mais importante para se dar continuidade à história narrada. Algumas regras devem ser observadas pelo pesquisador:

- o tópico inicial deve ter reconhecida importância pessoal e social, fazer parte da experiência do narrador, de modo a despertar o interesse deste e a consequente produção de narração rica em detalhes. Neste estudo, a riqueza de detalhes nas narrativas das mães-participantes expressa a importância do tópico tanto para o pesquisador quanto para o narrador;
- por se tratar de uma recomendação de Jovchelovitch e Bauer (2002), evitamos formulações relativas a datas, nomes ou lugares, o que não impediu as mães fazerem, mesmo sem que lhes tivéssemos perguntado diretamente, já que o tipo de informação fazia parte da história de cada uma delas.

## **Fase 2: narração central**

Uma vez iniciada, a narração não deve ser interrompida, a menos que o informante demonstre o término da história. O entrevistador também não deve tecer comentários, mas acompanhar atento e interessado o relato, emitindo sinais não verbais de encorajamento para que prossiga a narração. Convém ainda tomar nota de alguma questão capaz de suscitar a formulação de perguntas posteriores.

Quando o narrador indicar o *code* (fim da história), o entrevistador deverá interrogá-lo, perguntando se não há algo mais a ser dito, por exemplo: “É tudo o que você gostaria de me contar?” (Jovchelovitch & Bauer, 2002, p. 99).

No caso do nosso estudo, assim procedemos: anotamos os pontos a serem complementados e, ao final de cada narrativa, pedimos que as narradoras falassem um pouco mais sobre alguns que não tinham ficado muito claros. A conversa fluiu de tal forma, que, em dois casos, optamos por desligar o gravador a fim de que elas ficassem mais à vontade, pois o teor do relato ia além do que lhes havíamos perguntado. Daí, iniciamos a fase de questionamento, comentada a seguir.



### **Fase 3: fase de questionamento**

Terminada naturalmente a narração, o entrevistador inicia a 3ª fase, fruto da escuta atenta e das anotações feitas na fase anterior. Nesta etapa, recorreremos apenas à linguagem utilizada pelas narradoras para complementar as lacunas deixadas na história, mas tivemos o cuidado de observar três regras básicas:

- não fizemos perguntas do tipo “por quê?”. Perguntamos, por exemplo, “O que aconteceu antes/depois/então?”. Não pedimos a opinião das participantes acerca do que estava sendo narrado nem investigamos sobre atitudes adotadas, uma vez que tal conduta, segundo Jovchelovitch & Bauer (2002, p. 99), pode suscitar a manifestação de justificativas e de racionalizações, as quais só devem surgir de maneira muito mais espontânea e natural, e não em consequência de alguma inquirição;

- perguntamos apenas questões imanentes – aquelas referentes aos fenômenos citados na história;

- não apontamos contradições presentes na narrativa.

Nesta fase, nossa finalidade foi eliciar material novo e adicional.

Quanto às três primeiras fases, gravamos e, posteriormente, fizemos a transcrição literal.

### **Fase 4: fala conclusiva**

Nesta fase, segundo Jovchelovitch & Bauer (2002, p.100), com o gravador já desligado, surgem comentários espontâneos e informais de grande relevância, relacionados a fatos narrados na parte mais formal da entrevista. Como já referimos, em nosso estudo, isso aconteceu com duas das mães por nós entrevistadas.

Segundo os autores, tal material é, na maioria das vezes, de grande valia para a interpretação dos dados; pode-se, então, formular questões do tipo “por quê?”. Nelas, pode-se avaliar o nível de maior ou menor confiança do entrevistado no entrevistador e em todo o processo, “o que se constitui em uma informação importante para a interpretação da narração no seu contexto” (Jovchelovitch & Bauer, 2002, p. 100).

Para que as últimas informações também sejam utilizadas, os autores sugerem que o entrevistador traga consigo um diário de campo, a fim de registrar a síntese dos principais conteúdos fornecidos pelos narradores mediante comentários informais e outras impressões do final, possibilitando seu registro num protocolo de memória após a entrevista. E assim o fizemos ao término de cada entrevista.

Por fim, do ponto de vista do material de pesquisa, utilizamos papel, lápis e um aparelho tipo MP3 para a gravação das narrativas. O tempo de duração estimado para cada entrevista foi, em média, de uma hora e meia. Todas ocorreram em um único encontro.

#### **4.5 Colhendo histórias de vida**

Esclarecemos todas as mães acerca dos objetivos da pesquisa, inclusive da necessidade de concordarem em dela participar; para tanto, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista narrativa foi realizada de forma individual, após nos apresentarmos, expormos os objetivos da pesquisa e lançarmos uma questão disparadora. As entrevistas aconteceram em local adequado, acertado previamente entre elas e nós: o salão de festas do edifício em que residiam. Como gravamos as entrevistas na íntegra, ao seu término, transcrevemo-las literalmente e as organizamos sob a forma de relato de experiências cujos títulos foram criados com base no material obtido. Também coletamos os dados sociodemográficos das mães – idade, escolaridade, profissão, estado civil, quantidade de filhos por gestação e idade deles à época da entrevista. Esses dados, convém ressaltar, não os utilizamos como critério de inclusão na pesquisa. Outro dado que também registramos foram alguns aspectos relativos ao “clima” em que transcorreu a entrevista.

#### **4.6 O diálogo com as histórias**

Na pesquisa clínico-qualitativa, a etapa de tratamento dos dados se reveste de especial importância para o pesquisador, já que a multiplicidade de técnicas de que pode

dispor nem sempre funciona como fator facilitador para ele, assim como não assegura o êxito da análise a se realizar em seguida.

Trata-se de momento-síntese do trabalho de pesquisa. Das escolhas do pesquisador nesta etapa dependerão a qualidade e a profundidade da discussão que levará a termo na fase seguinte da pesquisa. Nesse sentido, Turato (2003) nos fala sobre o momento de **lapidação dos dados** – espécie de passaporte para a etapa seguinte a depender mais das necessidades do cientista ao escutar a sua temática do que de qualquer outro movimento, porventura, proveniente de forças advindas da esfera científica.

Se a pergunta for “quantas técnicas de tratamento/análise de dados podemos ter em se considerando os métodos qualitativos de pesquisa?”, a resposta mais precisa que também serve para a questão dos métodos investigativos quantitativos, é que poderão existir tantas quantas forem criadas pelos pesquisadores na busca de lapidar os dados para garantir a passagem para a fase de uma profícua discussão. Aliás, a quantidade de técnicas de análise não está (e nem deve estar) fechada para qualquer método de pesquisa, seja qualitativo ou quantitativo, pois, mais do que os simples metodologistas, são os filósofos da ciência que demonstram que estas entidades denominadas “métodos” e “técnica” de pesquisa aparecem (e desaparecem) mais ao sabor das necessidades (pessoais e comunitárias) do cientista do que por supostas forças internas ao campo científico (Turato, 2003, pp. 437-438).

Portanto, para darmos conta dos objetivos da tese, partimos da gravação das narrativas, transcrevendo-as literalmente e sempre com o cuidado de mantermos o máximo de fidelidade ao trazido pelas mães ao relatar a sua experiência, inclusive, registrando pausas, hesitações, lapsos, exclamações, comentários, entre outros aspectos.

Com o intuito de manter sigilo dos relatos, criamos pseudônimos para as participantes, tomando por base o conteúdo da narrativa de cada mãe. A apresentação mais adiante acerca do conteúdo das histórias segue a mesma ordem de realização das entrevistas.

Concluída a etapa de transcrição dos relatos, iniciamos a leitura deles, deixando-nos invadir por seu conteúdo na dimensão dos seus sentidos e significados.

Em seguida, em consonância com os objetivos da pesquisa, selecionamos as partes mais expressivas das narrativas, grifando-as, na tentativa de destacar os assuntos por relevância ou por repetição, à procura dos grandes temas tratados. Logo depois, buscamos

novos agrupamentos temáticos, aqueles surgidos em torno dos grandes temas evidenciados. Procedemos, assim, conforme Turato (2003, p. 445) descreve como categorização.

Em seguida às leituras de assimilação de todo o material, o pesquisador qualitativista deve proceder ao que chamamos de etapa de **categorização** [...] <sup>10</sup> Sequencialmente, diante do grande material que costumamos ter em mãos para discussão em cada tópico, defendemos a estratégia metodológica de também organizar o material ao nível da chamada **subcategorização**, que definimos como o procedimento de pôr em destaque, dentro de um grande tópico (a categoria), outros tópicos particulares que merecem discussão em relevo, porém que guardam certa dependência temática com um amplo tópico categorizado (Turato, 2003, p. 445).

No passo seguinte, ainda atenta ao que o autor nos adverte e recomenda, debruçamo-nos sobre o texto na busca delicada daqueles subtemas que haveriam de constituir a chamada “subcategorização”.

A existência de cada subcategoria fará sentido à medida que a categorização que abriga mostrar-se bastante diversificada quanto a seus elementos constitutivos, ficando, no entanto, a advertência ao pesquisador para que saiba limitar a eleição do número de subcategorias, pois, diante da abundância de textos habitualmente anotados pela coleta de dados da pesquisa, o autor poderá partir megalomaniacamente a querer contemplar o maior número possível de assuntos abordados nos discursos dos entrevistados. Convém ao autor, desta forma, não se ater em demasia às teorias da análise de dados, como exageram alguns manuais, mas “sentir” seu material na prática, haja vista que é debruçando-se modestamente sobre o lido e relido, que surge, mentalmente e no papel, o desenho da categorização (Turato, 2003, p. 445).

Nesse sentido, trabalhamos com três grandes categorias temáticas:

- a reprodução assistida e seus desdobramentos;
- como acolher três bebês ao mesmo tempo;
- ser mãe na trigemelaridade: dificuldades, angústias e possibilidades.

---

<sup>10</sup> Os negritos que aparecem nos termos categorização e subcategorização foram utilizados pelo autor consultado.

No tocante às subcategorizações, trabalhamos temas relacionados à constatação da infertilidade e busca do tratamento, à gravidez e aos sofrimentos das mães participantes.

Dando essa condução ao tratamento dos dados, estivemos em sintonia com o que descreve Turato (2003, p. 449) sobre a análise de conteúdo quanto às fases do tratamento de dados na pesquisa clínico-qualitativa. Em primeiro lugar, o autor recomenda a *preparação inicial do material*, em seguida, a *pré-análise*; depois, a *categorização e subcategorização*; por fim, *validação e apresentação dos resultados*. Fecha-se, assim, o ciclo da pesquisa.

Por fim, vale salientar, por mais precisos que tentemos ser na gravação e na transcrição dos dados, por mais sintônicos que procuremos estar em relação ao material analisado, trabalhamos com recortes de falas. Isso, por si só, já é capaz de produzir efeitos difíceis de dimensionar.

Como nos diz Safra (1993, p. 124), “Há uma dimensão infinita no encontro, que mesmo com o uso de aparelhos de registro sofisticados, do ponto de vista tecnológico, não conseguiremos abranger”. Exatamente aí se encontra a riqueza da pesquisa. Há sempre um diálogo com o ‘novo’ a acontecer. E como os contextos vividos pelas mães participantes se alternam e se diversificam o tempo todo, diferentemente de nós pesquisadores e dos teóricos escolhidos como nossa referência, que trabalhamos com textos datados, buscaremos, se necessário for, outros autores, interlocutores diversos, no sentido de enxergarmos o que ainda não foi visto e os livros silenciam, ainda que se refira a um grito, há muito tempo, preso na garganta dessas mães à espera de um interlocutor atento que lhe dê voz.

## **5. DO RELATO DAS MÃES À DISCUSSÃO SOBRE SUAS EXPERIÊNCIAS**

*Encontrei hoje em ruas, separadamente, dois amigos meus que se haviam zangado um com o outro. Cada um me contou a narrativa de por que se haviam zangado. Cada um me disse a verdade. Cada um me contou as suas razões. Ambos tinham razão. Ambos tinham toda a razão. Não era que um via uma coisa e o outro outra, ou que um via um lado das coisas e outro um lado diferente. Não: cada um via as coisas exatamente como se haviam passado, cada um as via com um critério idêntico ao do outro, mas cada um via uma coisa diferente, e cada um, portanto, tinha razão. Fiquei confuso desta dupla existência da verdade.*

*(Fernando Pessoa)*

Das palavras do poeta, uma espécie de bálsamo se derrama sobre nossas cabeças, como a amainar a inquietação que nos impele ao desafio de analisar narrativas.

De outra forma e quase em paralelo, ocorre-nos a imagem do artesão trazida por Benjamin (1994) quando diz que ele coordena, ao mesmo tempo, alma, olho e mão na produção de sua obra. Assim também o faz o narrador, imaginamos, ao sustentar a sua narrativa. Ele a examina, recorta, vira e revira a sua matéria-prima - a vida humana -, ali trabalhada de um jeito artesanal com tudo que se constitui a sua experiência e a daqueles que o antecederam na linha da existência.

Então, se é na vida humana que o narrador encontra a sua inspiração, não podemos considerar tarefa simples analisar narrativas. De outra parte, também nos deixamos impressionar pela ideia de que sobre os ombros de um pesquisador pesa a responsabilidade de se destituir de suas verdades pessoais e das tantas verdades teóricas que ele carrega consigo quando se coloca diante da revelação de um narrador. Pensar nisso tudo nos inquieta, em especial, quando imaginamos a multiplicidade de aspectos a considerar e a sutileza das “verdades” com que haveremos de nos defrontar na análise de cada narrativa.

Entretanto, em meio a essas reflexões, gratifica-nos pensar que, se algo nos inquieta, é porque nos mobiliza; exatamente por isso, convém não arriscar um olhar solitário sobre a questão, o qual só limita e empobrece todo o encanto que a paisagem nos pode revelar.

E ainda: se reconhecemos que o conhecimento se constrói às várias mãos, o encontro do que diz o narrador com o ouvido atento do pesquisador/leitor completa a narrativa.

Por fim, embora ao pesquisador não se conceda tal prerrogativa, agrada-nos pensar que o poeta **ficou confuso** diante de uma narrativa.



## 5.1 Descrevendo Trajetórias

Na análise a seguir, tomaremos cada narrativa naquilo que se constitui seu aspecto mais evidente: aquele que se transformou na fonte de inspiração para os pseudônimos utilizados na identificação de cada uma das mães-participantes do nosso estudo. Assim as denominamos:

### *Via Láctea, Sol Nascente, Dia e Noite*

Num primeiro momento, ofereceremos breve resumo das narrativas com o propósito de levar ao leitor um pouco do conteúdo de cada uma delas, para que ele melhor compreenda a sua dinâmica.

Em seguida, procederemos à análise propriamente dita. Nela, a nossa reflexão se fará à luz dos recortes de fala das participantes relativos às várias categorias explicitadas, sempre que possível, articulando-os com o pensamento dos teóricos consultados. Dessa forma, estaremos convidando o leitor para leitura de aproximação dos conteúdos de cada narrativa.

No passo seguinte, convidamo-lo (o leitor) a nos acompanhar na investigação do acontecer humano que se revelará em cada narrativa, sobretudo, quando este se der pela via da maternidade, na especial condição de mãe que tenha concebido por meio da reprodução assistida e dado à luz vários bebês ao mesmo tempo.

Por fim, a expressão de um desejo: se o leitor se encantar com o tema, um dia, a ele acrescente a sua contribuição.

### 5.1.1 - *Via Láctea*: uma mãe diante do desafio de amamentar múltiplos

*“As enfermeiras ficavam: ‘tira, tem que tirar mais leite; não conseguiu não? Então, vá agora conseguir no banco de leite’. Eu ficava rodando – ia no IMIP, ligava para as mães que tinham muito leite, ia pegar em Casa Forte, ia em todo lugar pegar... Olhe, essas enfermeiras me estressaram tanto...”*

*Via Láctea* – pseudônimo atribuído a uma mãe de 38 anos, casada há 11, que engravidou aos 34, após sete anos de casamento, dos quais dois sob tratamento. Tinha endometriose diagnosticada por videolaparoscopia. Fez a primeira fertilização *in vitro*, mas sem êxito. Mudou de médico. Atribuiu parte do sucesso do tratamento ao aparato tecnológico utilizado pelo segundo profissional, o que lhe possibilitou um diagnóstico preciso e melhor acompanhamento do caso. Engravidou na segunda fertilização *in vitro*. Foram implantados três embriões que sobreviveram. Disse que saber que eram trigêmeos foi um choque para o casal, pois o esposo havia falado em adotar uma criança, mas ela pensava diferente. Deu à luz três crianças prematuras (aqui denominadas de *Júpiter*, *Lua e Estrela*) ao final do sétimo mês de gestação, com pesos de 1,800kg, 1,700 kg e 1,070 kg. Ficaram em UTI neonatal por um período de 25, 30 e 33 dias, respectivamente, respeitados o peso e o amadurecimento de cada criança. Na UTI, *Júpiter* teve infecções recorrentes provocadas pelo uso de um catéter. Ela se referiu a esta fase como muito difícil, principalmente, por conta da amamentação. Após três dias de operada, passou a frequentar diariamente a UTI neonatal – das sete à meia-noite, às vezes até às duas horas da manhã –; quando chegava em casa, ainda ligava para saber como estavam as crianças. Referiu-se à gravidez de alto risco, aos sete meses de repouso absoluto, ao fato de os bebês terem nascido prematuros, ao cansaço, às muitas preocupações como grandes desafios enfrentados. Queixou-se da falta de estrutura da UTI para acolhimento às mães, especialmente, por não dispor de ordenhadeira elétrica: a retirada manual e a pressão exercida pelas enfermeiras em relação ao volume de leite a ser extraído foram vividas por ela como “muito desgastante” (*sic*). Quando o pediatra optou por introduzir o leite industrializado - 20 dias após o parto -, teve grande estafa. Chorou bastante por não ter conseguido a quantidade de leite necessária às crianças. Uns dois meses depois, já com as

crianças em casa, teve “uma segunda crise” (*sic*), que associou, novamente, às dificuldades com a amamentação. As duas meninas conseguiam mamar; o menino, não. Para ele, era necessário ordenhar, e ela não conseguia. Disse ter procurado ajuda profissional para isso, mas sem êxito: o leite petrificou na mama, provocando infecção. Apesar de ter-se submetido a uma punção e usado antibiótico, a infecção não foi debelada. Fez cirurgia nos seios para evitar infecção generalizada. Aí a amamentação foi definitivamente interrompida. No pós-operatório, não podia segurar os bebês – foram dez dias sem carregá-los no colo, dependendo da ajuda de outras pessoas em seus cuidados pessoais. Para ela, foi uma etapa difícil, de muito cansaço físico e emocional, “com dedicação total do corpo e da alma” (*sic*). Disse não se lembrar de nenhum momento em que não estivesse com uma criança no colo. Atualmente, a fase de educar está sendo muito difícil também. Disse que, em todo o tempo, contou com a ajuda efetiva de sua mãe e da sogra. O marido ajudava, mas, como dizia ela, “aquela ajuda de homem; precisava de um empurrãozinho...” (*sic*). Agora as crianças estão com quatro anos. Para ela, as meninas são mais independentes. O menino é muito tímido. Por causa disso, o colocou no futebol e num curso que tenta trabalhar com técnica de oratória, estimulando-lhe a expressão. As duas irmãs também o frequentam, embora reconheça que uma delas não precisaria, por ser independente e descontraída. O curso terá a duração de três anos. Quanto à saúde das crianças, disse que são alérgicos e gripam com facilidade. Têm feito exames periodicamente – de vista, cardiológico, neurológico, mas está tudo bem. Ela revelou que, no momento atual, já não se sente tão necessária quanto o foi quando os filhos eram bebês; diz que essa tem sido uma fase de aprendizagem para ela e para os filhos. Percebe que são muito diferentes entre si. Na escola, ficam em salas diferentes. Nos aniversários, até então, a comemoração foi feita com apenas um bolo e a mesma temática para os três, apesar de usar velas diferentes na hora dos parabéns. Por fim, na fase atual, priorizar a individualidade dos filhos tem sido para *Via Láctea* o seu maior desafio.

### 5.1.2 – *Sol Nascente*: a mãe que não podia esperar o sol nascer

*“Era noite de Natal. A bolsa estourou às 23h. Eu fui fazer a ultrassonografia e o médico disse: “lá tudo bem, dá para esperar amanhecer, já que está de noite. Na ultrasson está dizendo que está tudo normal, a quantidade de líquido está boa.” Eu disse: eu estou cheia de sangue; eu estou sentindo o líquido descendo; não dá pra esperar o sol nascer. Liguei para meu médico. As crianças nasceram às duas da manhã; as placentas já estavam descoladas.”*

*Sol Nascente* casou-se aos 23 e engravidou aos 28 anos, depois de se formar, passar num concurso, comprar apartamento e, quando decidiu ser mãe, não conseguiu. A infertilidade era do marido. Disse que a ansiedade aí vivida influenciou todo o processo. Contrariando orientação médica, insistiu em iniciar o tratamento pela fertilização *in vitro*. Foram retirados 10 de seus óvulos – nove estavam bons para fertilização. Rezava para que viesse a quantidade exata a ser implantada – não queria descartar embrião. Nove óvulos foram fertilizados; dos quatro implantados, três sobreviveram. Os cinco restantes ficaram na clínica. Pediu ao médico para congelá-los; quando lá voltou, soube do não congelamento; sofreu muito por isso. Disse que o mais difícil do tratamento foi o medo do aborto e o não atendimento ao seu pedido de congelar os embriões excedentes. Na gravidez, teve a síndrome de hiperestímulo ovariano<sup>11</sup> e forte anemia. No quarto mês, apresentou dilatação do cólon do útero, o que a fez submeter-se a uma cerclagem<sup>12</sup>. Para não engordar, não comia doces nem gordura; passou a gravidez em repouso absoluto. Tomava laxante e usava supositório para facilitar a evacuação; nenhum esforço era permitido. Utilizava aparadeira e levantava apenas uma vez, para tomar banho e passar hidratante no corpo. Dormia o dia todo para não ver o tempo passar. No início, lia e assistia a filmes; no final, só rezava e esperava o marido chegar. No sexto mês, apresentou sangramento. Os bebês nasceram na noite de Natal, data difícil para se reunir uma equipe médica, o que lhe causou grande estresse; mesmo em trabalho de parto, o plantonista insistia em esperar o **dia amanhecer, o sol nascer**. Ela argumentava que a bolsa havia

<sup>11</sup> Retenção de líquido no organismo em consequência de complicações resultantes do uso de medicação para induzir a ovulação.

<sup>12</sup> Pequena intervenção cirúrgica para fechar o cólon do útero.

estourado e estava cheia de sangue. Os bebês nasceram no dia seguinte, apesar das placentas descoladas e dos riscos disso para eles. Teve uma menina e dois meninos – ela com 1,100 kg; eles com 1,230 kg e 1,270 kg respectivamente, aqui cognominados de *Terra, Mercúrio e Sol*. Os meninos ficaram 46 dias na UTI. Com 10 dias, iniciaram o leite materno em gotinhas, por via parenteral. Eles evoluíam; ela, não, por isso ficou 50 dias na UTI. Quando lhe eram dados dois ml de leite, vomitava quatro, efeito da imaturidade digestiva. Mesmo substituído o leite materno por um menos gorduroso, *Terra* teve duas infecções. Ao melhorar, o médico iniciou com cinco ml, depois 10 e, antes dos 15 ml, colocou-a no peito da mãe e concedeu alta. Diz que a partir daí começou a sua organização como mãe. Não conseguiu babá até os quatro meses das crianças; quando sabiam que eram trigêmeos, desistiam do emprego. No início, apenas ela e sua mãe cuidavam das crianças. Apesar de cansativa, não considerou essa fase difícil. Percebia o atraso no desenvolvimento delas, mas atribuía isso à prematuridade; para ela, foi difícil ir ao hospital três vezes ao dia e esperar cada hora de entrar na UTI – momentos considerados “traumatizantes” (*sic*), principalmente, quando procedimentos eram feitos nas crianças. Achava interessante observar que elas repetiam, na incubadora, movimentos que faziam no útero. Apesar das dificuldades anteriores, disse que a fase atual é mais difícil, por ter que lidar com personalidades diferentes e com a disputa dos filhos por sua atenção. Disse que está “perdendo a paciência com eles” (*sic*) e que a menina não disputa seu colo com os irmãos; ela procura o pai. Ela apresentou atraso na fala e ainda faz terapia ocupacional e fonoterapia. Foi difícil retirar a fralda, a chupeta e passar as crianças do berço para a cama. Pediu ajuda à psicóloga da escola. Disse que as crianças ficam mais calmas em sua ausência e o marido ajuda, sobretudo, quando ela e ou as babás não estão em casa. Nas doenças das crianças, é ele quem levanta à noite. As crianças foram à escola com um ano e três meses; estudam em salas separadas. Ela procura vesti-los diferentemente. Disse que “o mais desobediente em casa é o mais obediente na escola” (*sic*) e que isso é para chamar a sua atenção. Ele apresenta certo atraso na fala; por isso, acha que deveria dispensar mais atenção a ele. Disse, ainda, que faz três anos que não sai só com o marido. Há um ano teve problema nas cordas vocais provocado por estresse e falta de lazer; fez tratamento fonoaudiológico. Seu lazer é o trabalho. Sente-se muito cansada; quando as crianças dormem, quer dormir também, o que acaba por interferir na vida conjugal. Por fim, disse que faria tudo novamente, mas o marido “está traumatizado com a experiência” (*sic*).

### 5.1.3 - *Dia e Noite*: a mãe que não dormia

*“[...] eu preferia elas descansadas, (as babás) mesmo que eu me fizesse de trabalhar... Por exemplo: as noites – eu preferia que elas dormissem, e eu ficava acordada a noite toda, porque eu queria elas bem durante o dia. Mas, assim: eu também não dava conta de ficar a noite toda com os três. Então, a gente fazia tipo um revezamento. Eu ficava com uma, no quarto, a noite toda, e a outra ia dormir: aí, no meio da noite elas trocavam, mas eu continuava no quarto”.*

*Dia e Noite* – pseudônimo atribuído a uma mãe que engravidou por reprodução assistida aos 33 anos. Fez três inseminações artificiais e quatro fertilizações *in vitro*; engravidou na sétima tentativa, fruto deste último procedimento. Foram implantados três embriões: todos sobreviveram. Por causa de doença autoimune, seu organismo rejeitava os embriões implantados, o que provocava abortamento. Disse que iniciou tratamento intenso, doloroso e caro; para fazê-lo, abriu mão de muitas coisas, inclusive, de bens materiais. Passou toda a gestação em repouso absoluto. Era grande a ansiedade a cada ultrassonografia, por temer que algum bebê morresse. Aos seis meses e meio de gestação, deu à luz três meninos prematuros, de parto cesariano precipitado por uma pré-eclâmpsia que punha em risco a sua vida e a dos bebês. Nasceram com peso entre um quilo e cem, e novecentos gramas. Ficaram em UTI neonatal por dois meses e meio. Assim, cognominamo-los: *Marte, Plutão e Saturno*. Foram alimentados através de sonda. Mesmo operada, ia diariamente ao hospital para acompanhar a evolução dos bebês. Queixou-se da falta de estrutura da UTI neonatal para acolhimento às mães de bebês prematuros; por isso o estresse foi maior: ficava de pé, deslocando-se de uma incubadora a outra. Às vezes lhe emprestavam uma cadeira. Por ver a luta diária de seus bebês e a dos filhos das outras mães, sofria duplamente. Cada dia era uma vitória. Um de seus bebês teve infecção generalizada, consequência do uso de um catéter. Uma semana após a alta, os três foram submetidos à cirurgia de hérnia umbilical. Pelo baixo peso e risco de infecção, tiveram alta antecipada. Dois também tiveram hérnia inguinal e um, hérnia epigástrica. Foram operados outra vez. Disse que seu jeito discreto de ser contrastou com a rotina enfrentada na sua volta da maternidade – com três bebês, duas babás, uma empregada, sua mãe, sua sogra, amigos e familiares, todos queriam ajudar, mas não sabiam por onde começar. Tudo era

novo para ela. Ressaltou a importância de sua mãe naquela ocasião. Dentre os desafios enfrentados, referiu-se ao episódio em que um dos bebês se sufocara no berço: não foi a óbito, porque o pai “o salvou” (*sic*). A partir daí, optou pela presença constante de um adulto no quarto dos bebês. Passou a ficar “**dia e noite**” com eles, revezando com as babás, conduta justificável por ela pela imaturidade física das crianças. Disse ter estabelecido “*rotina de exército*”(sic) para dar conta dos cuidados com os bebês. Na sua volta ao trabalho, além de sua mãe, contratou três babás e uma cozinheira. Por isso, quando retornava do trabalho, não tinha coragem de entrar na cozinha por causa da quantidade de empregadas que lá estavam; não se sentia à vontade em sua própria casa. Disse ter emagrecido bastante. As brigas entre as babás eram constantes, por isso precisava ameaçar de chamar a polícia. Na ocasião da entrevista, as crianças estavam com quatro anos e meio. A avó continuava ajudando diariamente nas tarefas e revezando com o pai na condução à escola. Disse que os filhos se encontravam “numa fase bem complicada, de muita disputa” e que os pais não sabiam como agir com eles. Um estava fazendo psicoterapia e que ela tinha vontade de também fazer terapia, pois não sabia lidar com as diferenças de cada um. Relatou que a terapeuta do filho a estava ajudando na relação com eles. Disse que eles tiveram atraso na linguagem e no desenvolvimento motor, razão por que todos fizeram fonoterapia e terapia ocupacional durante dois anos. Teve muita dificuldade em amamentar os bebês. Na maternidade, eles tomavam o seu leite e o de doadoras, mas a amamentação após a alta foi muito difícil: apenas um conseguia mamar. Sentindo-se culpada, desistia de amamentá-lo e dava mamadeira aos três. Disse que aos dois anos, uma das crianças recebeu diagnóstico de autismo. Fez tratamento em clínica especializada. Na escola, todos sempre estudaram na mesma sala. Em relação à própria saúde, não obstante todos os problemas relacionados ao tratamento, teve uma pneumonia muito forte e retirou vários cistos da mama, aumentados em consequência do tratamento hormonal que fizera para engravidar. Disse “ter se anulado bastante ao longo desses últimos anos e que só agora, passados quatro anos, consegue ir a um salão de beleza” (*sic*). Antes, sentia-se culpada se o fizesse. Por fim, referiu-se ao fato de ainda manter na clínica cinco embriões congelados cujo destino tem sido fonte de ansiedade tanto para ela quanto para o seu marido. Disse, ainda, que gostaria de ter mais um filho para se permitir vivenciar a maternidade, porém, considerada a atual crise vivida em seu casamento, o temor de ter pré-eclâmpsia de novo e o cansaço do dia a dia com os três filhos, fazem-na repensar esse seu desejo.

## **5.2 Os Caminhos da Análise**

Na sequência da análise, como numa espécie de exposição dos grandes títulos e em articulação com os objetivos da pesquisa, apresentaremos os principais temas revelados pelas narrativas. Em cada um deles, tomaremos recortes de fala expressivos do pensamento de cada mãe-participante acerca do assunto. Refinando ainda mais a leitura, buscaremos aqueles temas mais específicos que gravitavam em torno dos grandes agrupamentos temáticos. Como os classifica Turato (2003, p. 449), seria aquilo que o autor denomina de “categorização e subcategorização” do material evidenciado pelas narrativas.

Especialmente em relação à subcategorização, para estabelecê-la, caminharemos por entre os principais temas - passo curto, ouvido atento –, na busca das sutilezas que cada narrativa nos ofereceu. Como Turato (2003) nos recomenda, com muito cuidado, debruçarmos-nos sobre cada um deles, na leitura e releitura de suas linhas, em busca do genuíno e especial em cada narrativa. Trata-se de momento de pura intimidade com o texto. Foi no diálogo atento com este que encontramos a peculiaridade da experiência das mães participantes a nós oferecida.

Passemos às categorias temáticas.

### **5.2.1 A reprodução assistida e seus desdobramentos**

A escalada das participantes rumo à maternidade teve início em virtude da dura constatação de que não seria possível ter um filho concebido de forma natural. Recorrer à reprodução assistida se mostrou a alternativa viável, talvez a única capaz de satisfazer o desejo de ter um filho biológico.

A partir daí, muitas mudanças foram impostas à vida delas, a começar pelo fato de ter, desde o início, uma equipe médica fazendo parte da intimidade do casal. Na reprodução assistida, como já vimos, a concepção deixa de ser consequência de um ato sexual vivido a dois, para acontecer em ambiente estéril e desprovido de aconchego, do qual participam marido, esposa e equipe médica (Ribeiro, 2004).

Como passo seguinte, uma vez diagnosticado o problema, inicia-se o tratamento preparatório, durante o qual são utilizados medicamentos que aceleram a ovulação; daí se



iniciam os procedimentos da reprodução assistida propriamente dita. É importante ressaltar que tais medicamentos não só aceleram a ovulação, como também “aceleram todo o organismo, levando, inclusive, à mudança de humor e, principalmente, ao estresse”(Giaretta, 2007, p. 25). Ao longo da análise, teremos a oportunidade de constatar quão verdadeira se revela tal enunciação. A esse respeito, disse-nos *Sol Nascente*:

*No início da gestação eu tive logo o que eles chamam de Síndrome da Hiperestimulação. Fiquei muito inchada. Engraçado, só com a medicação preparatória, antes mesmo de eu saber que estava grávida, chegava gente para perguntar qual era o sexo do bebê. Eu estava com uma barriga enorme. Eu não sabia que estava grávida, nem quantos eram. Pelo líquido que se acumulou, tive que tomar albumina para não perder os embriões. Eu corria risco de perdê-los e isso me angustiou muito (Sol Nascente).*

Para a participante, as mudanças que o tratamento provocou afetaram-na física e emocionalmente, estado agravado pelo medo permanente de perder os embriões.

Ao longo das narrativas, incontáveis vezes as participantes se referiram ao estresse e aos adoecimentos vividos no decorrer do tratamento, durante a gestação e, até mesmo, após o nascimento dos bebês. Tais acontecimentos acabam por conferir à maternidade nessas circunstâncias um caráter específico, com consequências ainda pouco conhecidas em relação à saúde das mães e de seus bebês (Mongestern & Gueller, 2012).

A questão da sobrecarga hormonal tem-se constituído um dos pontos polêmicos do tratamento, sobretudo, pelos efeitos ainda pouco conhecidos. Os estudos são incipientes nesse sentido, mas já existe certa preocupação, tanto por parte das mulheres quanto dos profissionais, relacionada à incidência de câncer de mama e ou de útero em mães que receberam elevadas doses de hormônio durante o processo de reprodução assistida (Dornelles & Lopes, 2010; Dossiê Reprodução Humana Assistida, 2003).

No caso de *Dia e Noite*, embora o diagnóstico tenha sido negativo para o tipo de patologia temido, ela se referiu ao estresse que sofreu ao descobrir que cistos existentes em sua mama haviam crescido em consequência da estimulação hormonal durante o tratamento.

*Eu já tinha os cistos antes de ter os meninos, mas, acredito que as excessivas doses de hormônios que tomei para a gravidez, fizeram com que eles crescessem. Foi sofrido porque eu fiquei com medo de serem cancerígenos por conta dos hormônios. Graças a Deus não deu nada (Dia e Noite).*

Neste caso, convém ressaltar, a mãe foi exposta à estimulação hormonal por sete vezes consecutivas, e o aumento dos cistos não ocorreu imediatamente após o tratamento, e sim, quando os trigêmeos já estavam com dois anos de idade. Isso reforça a imprevisibilidade das consequências, principalmente, quanto ao tempo de manifestação.

Outro aspecto relevante diz respeito aos desdobramentos da prematuridade dos bebês ao nascer: a permanência deles em UTI neonatal, por tempo indeterminado; as dificuldades que essa condição impõe à relação mãe-bebê; e o fato de uma incubadora não oferecer o aconchego de que os bebês necessitam.

Naquele cenário, restava às mães as visitas diárias à UTI que, segundo elas, o faziam nos três turnos e ao longo de dois a três meses aproximadamente. Mal acomodadas e sem a adequada acolhida por parte do hospital, conforme o descreveram, retiravam o leite a ser oferecido aos seus bebês; quando este era insuficiente, saíam em busca de mães doadoras, quantas fossem e onde estivessem para complementar a cota diária necessária a cada filho. Em paralelo, acompanhavam as oscilações na saúde deles: sofriam sempre que alguma intervenção era realizada, e vibravam com os êxitos alcançados. Enquanto tudo isso acontecia, esperavam ansiosamente pelo dia de levá-los para casa.

Como dizem Dornelles e Lopes (2010, p.07), para essas mães, a UTI neonatal funcionava como uma espécie de “útero substituto”, capaz de oferecer aos bebês o acolhimento que muito precocemente elas não mais podiam oferecer. Embora compreendessem a necessidade de se recorrer a tal alternativa, não deixavam de sofrer pela impotência de não poder alimentá-los ao seio e de protegê-los em seus braços.

Nesse sentido, lembra-nos Camerini (2013, p.9), a mãe que dá à luz um filho prematuro, ela também se revela prematura na mesma condição; razão pela qual também requer cuidados e atenção especiais daqueles que a acompanham:

[...] es demasiado fuerte ser una mamá prematura. Por esto es también función del equipo asistencial neonatal, brindar cuidados a la madre. La recién madre también precisa cariño, afecto, contención y acompañamiento: lo necesita por prematura y porque há tenido un bebé, lo cual indefectiblemente la hace sentirse responsable, cuando no culpable de esa prematurez. Alguns logran expresarlo verbalizándolo lo cual nos da la posibilidad de intervenir al respecto, otras lo actúan (acting) de diferentes formas y es cuando sabemos que es más necesaria aún la intervención del equipo.

Se a autora se refere tão só à mãe que teve apenas um filho prematuro, imagine-se o desafio para quem dá à luz três bebês ao mesmo tempo, em média, dois ou três meses antes do tempo previsto!

Apesar de previamente informada acerca dessa possibilidade, *Dia e Noite* nos fala das dificuldades vividas naquela ocasião, agravadas pela falta de estrutura do hospital em acolher as mães cujos filhos estavam em sua UTI neonatal.

*Eu já esperava aquele sufoco que eu ia ter de UTI. Eles ficaram dois meses e meio na UTI. Cada dia era um dia. Cada dia era uma vitória, porque o prematuro esquece de respirar. Então, eles ficam na UTI todo assistido. Ficam com sondinha, com um monte de aparelhos ligados. Cada dia que a gente chegava tinha um que melhorava... tinha um que piorava...um teve infecção generalizada. Aí meu marido me disse: olhe, Dia e Noite, infecção generalizada pesando um quilo, se prepare; ele pode não sobreviver. E aí, foram dois meses bem sofridos, porque os hospitais não têm estrutura para atender a mãe. (Dia e Noite)*

Deve-se considerar, também, o impacto da prematuridade sobre as mães quando se estabelece o confronto entre o filho idealizado e aquele que ali está. Segundo Fleck e Piccinini (2013), percebê-lo frágil e carente de cuidados especiais só aumenta nas mães o medo de perdê-los e o sentimento de impotência difícil de ser enfrentado.

Nas páginas seguintes, na condição de subcategorias, discutiremos o tema da infertilidade – sua constatação e enfrentamento – e as repercussões do tratamento sobre a gravidez dessas mulheres.

### **5.2.1.1 Constatação da infertilidade e busca da reprodução assistida**

*“Nunca se sabe de antemão o laço sutil entre uma vontade declarada e o desejo que esta vontade esconde; a vontade pode desconhecer o desejo, negá-lo, caricaturá-lo e, às vezes, revelá-lo”.*

**(Marie M.Chatel)**

Desde o início de seus relatos, as participantes se referiram ao desejo que, desde cedo, alimentavam de, um dia, tornarem-se mães; no entanto, priorizaram a formação acadêmica, a definição profissional, a busca de estabilidade financeira para, só então, pensar em ter um filho. Isso ratifica o que diz a literatura acerca da mulher contemporânea (Makuch, 2006).

*Eu sempre desejei muito ser mãe. Aí, casei com 23 anos, e esperei me formar, passar no concurso, ter um apartamento, esperei tudo, quando resolvi engravidar... E aí comecei a tentar, tentar, tentar (Sol Nascente).*

Duas das mães, quando decidiram ter filho, descobriram que seu corpo não respondia favoravelmente – elas tinham problema de infertilidade. No caso da terceira, a dificuldade estava em seu marido. *Via Láctea* tinha endometriose<sup>13</sup>, razão por que não conseguia engravidar; *Dia e Noite* era portadora de uma doença autoimune, que a fez perder o feto em seis, das sete tentativas para engravidar; *Sol Nascente*, como já o dissemos, não tinha problema de fertilidade, e sim, o seu marido.

Iniciando por *Via Láctea*, vejamos o que nos foi revelado acerca dessa questão:

*Eu passei cinco anos casada sem tentar engravidar. Quando tentei, não consegui. Fiz exames e não tinha nada. Meu marido também não tinha nada. Aí fiz mais exames e perceberam que eu tinha endometriose. Fiz cauterização, mas não tomei a injeção para bloquear o sangramento que vem depois da menstruação; voltei a menstruar e a endometriose voltou rápido. Fora de Recife fiz tratamento só de estimulação e não engravidei. Voltei e fiz a primeira in vitro aqui, e não obtive sucesso. Mudei de médico pela terceira vez e só engravidei na segunda tentativa de fertilização in vitro, porque a médica possuía uma tecnologia laboratorial capaz de identificar a camada espessa de endometriose que havia ao redor dos ovários; sem uma raspagem a laser desse material eu não conseguiria engravidar (Via Láctea).*

Tanto o diagnóstico da endometriose quanto a cauterização de focos e cistos formados no interior do abdome são feitos através da videolaparoscopia, o que ressalta a importância dos recursos tecnológicos na caracterização do problema.

---

<sup>13</sup> Endometriose –“Endométrio é o revestimento interno do útero. Endometriose é a presença de endométrio fora do útero. Origina-se quando células endometriais migram pelas trompas para o interior do abdome podendo implantar-se em qualquer órgão pélvico, provocando micromenstruações, prejudicando a fertilidade”. Fonte: Centro Paranaense de Fertilidade (2007)

Segundo Ramírez-Gálvez (2006), na reprodução assistida, o poder da mulher de gerar a vida se desloca para o medicamento/tecnologia; e mais: o êxito do tratamento depende, em grande parte, da habilidade do médico no momento de utilizar tais dispositivos. A intervenção tecnológica feita pelo especialista, além de tentar superar a ineficiência da natureza, acompanha, manipula e controla ativamente o fenômeno da concepção. Ao agir sobre a infertilidade, acaba por alcançar a sexualidade e a prescrição da procriação, o que não acontece sem se criarem normas sobre o corpo, a saúde e o comportamento da mulher. Nesse sentido, segundo Ramírez-Gálvez (2006, p.32), “o que antes era narrado como um ato privado, de intimidade e segredo, torna-se um ato público, um procedimento médico, assepticamente orientado e controlado, mediado por trocas econômicas”.

Assim nos fala *Dia e Noite* acerca de sua experiência ao enfrentar a infertilidade:

*Eu passei sete anos tentando ter filhos e não conseguia; nos primeiros três anos, não fiz nenhum tratamento; era só acompanhamento médico e uma ansiedade muito grande; com a morte de meu pai eu fiquei mais estressada. Mudei de médica e foi diagnosticado o problema de saúde que eu tenho e que impedia que eu engravidasse. Então, eu fiz sete tratamentos invasivos. Só inseminações artificiais foram três e fertilizações in vitro, quatro. Nunca consegui em nenhuma delas. Nenhuma... Nenhuma vez eu consegui engravidar de nenhum embrião, de nenhum filho, né? Aí, nessa última tentativa, a médica disse: “É agora ou nunca; eu não tenho mais o que fazer com você”. O meu problema era de autoimunidade<sup>14</sup> - é como se a minha imunidade fosse muito... a minha imunidade ataca o embrião, que ele... ela... ela rejeita... é como se ela estivesse rejeitando, como se fosse um corpo estranho. Aí eu tomei remédio para baixar a minha imunidade para eu não rejeitar os embriões (Dia e Noite).*

Como podemos observar, a participante teve dificuldade em explicar a causa de sua infertilidade; quando o fez, foi por meio de pensamento entrecortado por reticências, principalmente antes de dizer: “é como se ela (a doença autoimune) estivesse rejeitando, como se fosse um corpo estranho”. O “corpo estranho” eram os embriões – protótipos dos filhos desejados por anos consecutivos. Terminou o pensamento, dizendo: “Aí eu tomei

---

<sup>14</sup> Fator autoimune, conforme descrito em Maluf (2008, p. 90): “[...] Além de proteger o corpo de agentes externos infecciosos, como vírus e bactérias, o sistema imune tem uma importante função de vigilância em relação à presença de células estranhas. [...] O sistema imune, portanto, está sempre de prontidão para atacar e destruir tudo que não faz parte do nosso organismo – ou seja, que tem características estranhas a ele. É exatamente isso que ele pode fazer em algumas gestações. O novo ser que começa a se desenvolver dentro do útero materno, com metade de carga genética compatível com o organismo do pai, é recebido como estranho”.

*remédio para baixar a minha imunidade... para eu não rejeitar os embriões*”. Nesse momento da fala, não mais “*a minha imunidade*” foi referida, e sim, “*para eu não rejeitar os embriões,*” trazendo para si, provavelmente sem se dar conta, a responsabilidade pela rejeição dos embriões.

Em outro momento de sua fala, a participante voltou à causa da infertilidade e, novamente, referiu-se ao tema da rejeição: “*os óvulos eram rejeitados*” (sic).

*Eu... eu... nasci... eu cresci sabendo que eu era mãe..., que eu queria ser mãe. Minha vida brincando de boneca... Isso pra mim... isso pra mim... era uma questão de morte e tanto é que eu fui até o limite e aí a médica disse: olhe, eu não tenho mais o que lhe dar, você já está tomando os remédios... a dose suportável. Na verdade, os óvulos eram rejeitados (Dia e Noite).*

Várias vezes, *Dia e Noite* teve dificuldade em iniciar o pensamento, fazendo-o de maneira fragmentada: *Eu... eu... nasci... eu cresci sabendo que eu era mãe..., que eu queria ser mãe*. Antes mesmo de falar do seu desejo de ser mãe, a participante disse que nasceu, cresceu “*sabendo que eu era mãe*” (sic); só depois, como num ato falho, vai dizer que “*queria ser mãe*” (sic). É como se, antes de o desejo poder manifestar-se, já estivesse posta para ela a condição de mãe, talvez por influência da cultura que vincula mulher à maternidade, antes mesmo de ter condição de desejá-la (Mansur, 2003).

No enfrentamento da infertilidade, *Dia e Noite* levou sete anos de sua vida recorrendo aos recursos da reprodução assistida, em especial aqueles considerados procedimentos de alta complexidade (Souza & Moura, 2009, p. 65), sem conseguir engravidar. Talvez, por isso, tenha sido tão difícil para ela falar sobre a questão; quando o fez, utilizou-se de expressão marcada por pausas, lapsos e repetições: “*Isso para mim... isso pra mim... era uma questão de morte e tanto é, que eu fui até o limite*”. Talvez tal limite tenha sido aquele estabelecido pela médica quando lhe disse: “*Olhe, eu não tenho mais o que lhe dar; você já está tomando os remédios... a dose suportável*”. Também chamou a nossa atenção o jeito extremo como se referiu ao desejo de ter filho – “*uma questão de morte*” – e precisava ir “*até o limite*” – forma extrema de considerar o assunto.

Tudo isso nos faz pensar a infertilidade como a expressão de uma dimensão intrapsíquica do sujeito que, para manifestá-la, se utiliza de pensamento entrecortado por pausas, lapsos e repetições.

Conforme pudemos perceber, são falas marcadas por muita inquietação, embora, segundo nos diz Giaretta (2007), fazer referência a ansiedades e a fatores estressores seja uma constante na vida de mulheres que recorreram à reprodução assistida; por vezes, elas associam ansiedade à causa e, em outro momento, à consequência da infertilidade. Em obra intitulada *As causas multideterminadas da infertilidade*, Farinati (2009, p. 48) comenta: “poderíamos dizer que o psiquismo influencia o corpo biológico, bem como o sofrimento do, e no corpo, se faz representar na mente; mesmo a causalidade mais claramente orgânica deixa marcas no psiquismo”.

Braga (2005, p. 118) também discorre sobre a questão:

A fecundidade também depende de uma capacidade da mulher de deixar-se receber algo e tem um valor simbólico de um dom. Através de sua infecundidade manifesta, a mulher também pode estar exprimindo uma impossibilidade, temporária ou não, de se assumir como mãe, de se responsabilizar como mãe.

Ribeiro (2004), por sua vez, diz que a infertilidade feminina pode ser compreendida como uma espécie de repulsa inconsciente à feminilidade e à maternidade, inclusive, ser a expressão de conflitos ligados à sexualidade. Talvez, a doença autoimune de *Dia e Noite*, os abortos seguidos, os adoecimentos, os tantos lapsos cometidos ao falar sobre as causas de sua infertilidade guardem alguma relação com impedimentos relacionados ao desejo de ser mãe.

No caso de *Sol Nascente*, o problema de infertilidade estava no marido, conforme seu relato:

*Comecei a tentar... tentar... e quando a gente foi fazer exames, quem tinha dificuldade não era eu, era ele. E nessa ansiedade, não passei pela inseminação artificial, fui logo para a fertilização in vitro. No início, fiz uma série de exames e deu tudo normal. Quando voltei ao médico, meu marido disse: “Já que você vai a ele, peça uma requisição para medir os meus espermatozoides.” Aí, quando ele fez o exame, detectou uma baixa; o médico passou umas vitaminas e ele tomou um ano; a quantidade dos espermatozoides bons, ele tinha baixa. Parece que só menos de cinco por cento eram bons para engravidar; já estávamos há um ano tentando quando recebemos essa notícia. Aí ele perdeu o pai e, quando a gente foi fazer novamente o exame dele, tinha dado uma baixa na qualidade e no número também. Aí eu disse: ‘Ah, não, não, não, eu vou fazer a fertilização in vitro’. Foi quando eu resolvi fazer (*Sol Nascente*).*

Mesmo não sendo sua a causa da infertilidade, *Sol Nascente* tomou para si a responsabilidade pela solução. E, ao falar sobre o assunto, o fez num desabafo, por considerar que só secundariamente o marido tomou a iniciativa de pesquisar em si as causas do problema.

Não obstante a inquietação vivida diante da infertilidade do marido, a fertilização *in vitro*, pela alta complexidade, não deve ser a primeira opção, e sim, a depois de esgotadas as possibilidades menos invasivas. No seu caso, era de se esperar que a ansiedade dela não influenciasse a decisão do especialista no sentido de qual procedimento adotar e de quando fazê-lo; afinal, é o médico quem precisa responder, com sua prática, às recomendações da ciência e da ética no exercício profissional.

Segundo a participante, a orientação médica era recorrer, a princípio, ao tratamento medicamentoso para o seu esposo e esperar os resultados. Entretanto, iniciado o tratamento, o marido perdeu o pai, fato que, segundo a participante, acabou por influenciar negativamente a produção de espermatozoides quanto à quantidade e à qualidade. Diante disso, como ela própria ressaltou, a sua reação foi a de não seguir a referida orientação médica; optou, de imediato, pela fertilização *in vitro*, conforme depoimento dela mesma: “*Aí eu disse: ah, não, não, não, eu vou fazer a fertilização in vitro. Foi quando eu resolvi fazê-la.*” Quem sabe, após vivenciar o luto pela perda do pai, seu marido pudesse melhor responder ao tratamento e uma concepção natural tivesse acontecido? Porém, segundo a participante, isso não ocorreu. Inquieta com os desdobramentos da questão optou por iniciar pela fertilização *in vitro*. O médico acatou.

O caso de *Sol Nascente* reabre uma discussão antiga relacionada à maneira como a sociedade lida diferentemente com a infertilidade do homem e da mulher. Quando é de origem feminina, observa-se maior aceitação. Talvez tal maneira de enxergar o problema ainda continue influenciando a decisão de muitas mulheres, o que pode ter acontecido com *Sol Nascente*. Afinal, como diz a literatura, “quando o problema é diagnosticado no organismo da mulher, é mais tranquilo, porque ela tem a tendência de aceitar esta situação com mais facilidade, ainda que a pressão social seja maior sobre ela” (Giaretta, 2007, 19). Essa afirmação ratifica os diferentes olhares ainda lançados sobre homens e mulheres inférteis. Talvez, não seja “mais tranquilo” para mulher lidar com a questão do que para o homem; de fato, a mulher tende a assumir posição submissa na relação estabelecida com o seu parceiro quando se discute a infertilidade masculina.



Apesar de a família e a mulher contemporâneas terem mudado em muitos aspectos, quando o assunto é reprodução/maternidade, mudanças e permanências se alternam em torno da questão (Figueira,1987; Passos, 2005; Braga, 2005). *Sol Nascente* nos traz um exemplo de como esse funcionamento desigual entre homem e mulher ainda sobrevive em nossos dias, apesar das mudanças pelas quais ela tem passado. A sociedade ainda a pressiona e cobra que ela assuma o ônus pela infertilidade do casal, de modo a proteger o marido das críticas que, neste caso, frequentemente lhe são dirigidas.

O lidar com a infertilidade masculina – hoje presente em 30% dos casos diagnosticados (Giaretta, 2007) – pressupõe admitir, inclusive, o peso do preconceito sobre ela, pois se costuma associá-la à virilidade. “Para o homem é ainda mais difícil aceitar e assumir que existe algum problema com a sua fertilidade, pois, o conceito de homem “macho” vem erroneamente atrelado à procriação” (Giaretta, 2007, p.19). Também por essa razão, o tema da infertilidade se coloca como fonte permanente de ansiedade não só para o homem, mas também para a mulher. Em muitos casos, nem mesmo a um espermograma alguns maridos admitem se submeter, o que sobrecarrega, ainda mais, a mulher no enfrentamento do problema.

Existem casos em que o marido sequer aceita fazer um espermograma, negando qualquer possibilidade de o problema ser dele e, quando se esgotam as possibilidades de o problema ser da mulher, ela ainda precisa insistir muito para que ele se “sujeite” a realizar algum tipo de exame. Geralmente, nesses casos, se a mulher quer continuar o tratamento, acaba assumindo socialmente que a causa da infertilidade está no organismo dela e não dele (Giaretta, 2007, p. 19).

Outro obstáculo no enfrentamento da infertilidade diz respeito ao fato de que muitas mulheres só se interessam pela maternidade quando alcançada pela via do filho biológico. Para Ribeiro (2004, p. 60), “a experiência da infertilidade promove um abalo considerável na economia narcísica do sujeito e do casal: o projeto narcísico de imortalidade do Eu e do par é ameaçado”. Daí, insistir em filho biológico ou partir para adoção pode fazer toda diferença quando se consideram os objetivos de um homem e ou de uma mulher em seu projeto de paternidade/maternidade.

Apesar dos desafios enfrentados no caminho da maternidade, a satisfação do desejo de ser mãe vai depender, entre outros aspectos, da história pessoal de cada mulher e dos

valores que preserva. Se a opção se der pela adoção, e se for esta fruto do desejo de cuidar de uma criança e de com ela estabelecer vínculo parental, maiores serão as chances de se ter uma escolha exitosa; porém, se esse desejo se mostrar primordialmente relacionado à satisfação narcísica de ver na criança a continuidade de si mesmo, a adoção poderá não ser a melhor opção (Zibini & Vasconcelos, 2006).

A esse respeito, Ribeiro (2003, p. 30) também nos diz: “uma maneira de aproximarmos-nos da imortalidade é a possibilidade de transmitirmos a herança genética para os descendentes. Parece ser uma importante realização narcísica ver um pouco de nós mesmos em nossos filhos.” Em sendo assim, podemos admitir, pessoas que pensam de tal maneira em relação a um filho talvez atribuam menor valor às relações afetivas entre eles e, no caso de adoção, tendam a lidar mal com as diferenças biológicas existentes entre ambos, o que se pode transformar em obstáculo à relação.

Lya Luft, no poema *Canção da imortalidade*<sup>15</sup>, expressa, nas linhas e entrelinhas de seus versos, uma espécie de sutil reverência ao denominado “milagre da multiplicação dos traços” que só o filho biológico poderia possibilitar. Como aos poetas tudo é permitido dizer, em *Canção da imortalidade*, ela reafirma o seu encantamento diante dessa possibilidade quando diz: “Rosa de espantos, catavento de traços espalhados como num milagre de multiplicação, cheio de surpresas: porque ali naquele olho azul me vejo, naquela fina mão te vejo amado meu, como eles se verão futuramente quando nós formos apenas sombra na memória”.

Zibini e Vasconcelos (2006, p. 253) também comentam sobre a busca do filho biológico: “atualmente, em nossa cultura, os vínculos biológicos são reconhecidos como os mais legítimos e a adoção, por sua vez, enfrenta preconceitos, sendo percebida como uma forma secundária de estabelecimento de laços familiares.”

Não obstante os esforços empreendidos pelo governo no sentido de reverter o quadro atual da adoção no Brasil, dados publicados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), 2013, em documento intitulado “Encontros e Desencontros da Adoção no Brasil: uma análise do Cadastro Nacional de Adoção do Conselho Nacional de Justiça” revelam que o preconceito das famílias em relação às crianças a serem adotadas ainda é o grande entrave

---

<sup>15</sup> Lya Luft, *Secreta mirada*. Ed. Mandarim, São Paulo.

da questão no país. Segundo o CNA, embora em 2012 existissem 28.151 pretendentes à adoção para 5.281 crianças aptas a serem adotadas – dado, à primeira vista, encantador para qualquer interessado na matéria –, quando se parte para análise mais criteriosa, percebe-se grande desencontro entre os pretendentes à adoção e as características das crianças e adolescentes que aguardam por ela. Ainda segundo dados do CNA (2013, p. 39),

Nove, em cada dez pretendentes desejam adotar uma criança de 0 a 5 anos, enquanto essa faixa etária corresponde a apenas 9 em cada 100 das crianças aptas à adoção. Reduzindo esse universo para as crianças com idade compreendida entre 0 e 3 anos, o percentual de indivíduos que pretendem adotar uma criança com essa idade fica em torno de 56%, ao passo que o CNA possui somente 3% de crianças correspondentes à mencionada faixa etária.

A esse respeito, Antônio Carlos Berlim<sup>16</sup>, advogado e presidente da comissão especial de direito à adoção da Ordem dos Advogados do Brasil, seção São Paulo, comenta os dados da referida publicação:

Os números não batem; na verdade, estão sobrando crianças, porque nem sempre são crianças; podem ser adolescentes, grupos de irmãos, ter problemas físicos ou mentais, vivência de rua, distúrbios de comportamento, e os pretendentes têm uma certa exigência. O perfil mais exigido é de criança pequena, de até dois anos de idade, do sexo feminino, de pele bastante clara, sem problemas físicos ou mentais. ‘Bebês Johnson’ não existem em lista de espera. [...] A lista de espera é exatamente proporcional à exigência do pretendente. Ele pode ficar sete, oito, dez anos, porque essas crianças não existem. Agora, se ele quiser uma criança de nove anos, negra, não fica um dia na lista de espera.

Além do mais, vale salientar, o fato de um casal manifestar desejo de ter um filho, seja biológico, seja por adoção, não implica ele ser esperado como um fim em si mesmo; muitas vezes, a busca está associada a conflitos individuais e ou conjugais, os quais, provavelmente, não serão resolvidos por tal via.

---

<sup>16</sup> A fala do advogado Antônio Carlos Berlim aparece em matéria elaborada pela jornalista Bárbara Paludeti, do UOL, em São Paulo, em 25/05/13, cujo título é “*Há 5,4 vezes mais pretendentes do que crianças aptas à adoção, aponta CNJ*”. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/05/25/ha-54-vezes-mais-pretendentes-do-que-criancas-aptas-a-adocao-aponta-cnj.htm>>. Acessado em: 16 mai 15.

Nos casos de infertilidade, sem se fazer um trabalho de elaboração do luto pela impossibilidade de gerar um filho, qualquer que seja a via buscada para satisfação de tal desejo carrega o risco de não se obter êxito (Squires et al, 2008).

Para as nossas participantes, a satisfação do desejo de ser mãe só teria sentido se o filho fosse gestado em seu próprio ventre, ou seja, descartaram, sumariamente, qualquer possibilidade de adoção. Segundo *Via Láctea*, esse tema havia assumido “posição remota ou mesmo inexistente” (sic) em sua vida; segundo ela, quando o marido percebeu o desgaste que representava a reprodução assistida, ele mesmo propôs a adoção, como se pode constatar no recorte da fala da participante:

*O meu marido queria adotar uma criança. Eu é que não quis. Ele é supertranquilo nesse sentido. Ele falou: “Se Deus não quiser que a gente tenha filho, a gente adota. Não tem problema, entendeu? Não vamos ficar totalmente desfalcados financeiramente, nem emocionalmente abalados, se a gente pode optar por não ter filhos ou adotar.” Mas, para mim, essa fase de adoção já é outro processo. Para mim... não sei se eu teria condições emocionais de... assim... de adotar (riso nervoso). Ele fala de maneira natural, porque ele foi criado pela madrasta. Para ele, a mãe dele é a madrasta. Ele já tem uma vivência disso (Via Láctea).*

Para ela, a razão de o marido propor a adoção era a de ele ter sido criado pela madrasta, o que não pareceu suficiente para demovê-la da ideia de recorrer à reprodução assistida.

Algo parecido aconteceu com *Dia e Noite*. Embora o seu marido fosse a favor da adoção, ela preferiu submeter-se ao tratamento por sete vezes consecutivas, pois, segundo ela, não ter um filho biológico “*é como se, para mim, eu estivesse me anulando*” (sic).

*[...] chegou um ponto em que..., quando ele (o marido) viu que o tratamento estava fazendo muito mal a mim, fisiologicamente, ele dizia que abria mão daquilo. Que, por ele, tinha adotado, mas, eu não aceitava adotar. É como se, para mim, eu estivesse me anulando, sei lá, eu queria ter filho... (Dia e Noite)*

Segundo Luna (2007), quando os casais descobrem a impossibilidade de engravidar, é comum se discutir sobre a possibilidade de adoção de uma criança. Ainda segundo Luna (2005, p. 4), “o motivo mais alegado pelas usuárias que procuram tratamento para a infertilidade é o desejo de ter o filho ‘meu mesmo’, ‘do meu sangue’. Os laços de sangue são símbolos de pertencimento entre pessoas, das relações de filiação”. Dessa forma, para

muitas mulheres (incluam-se as nossas entrevistadas), o filho biológico, natural, do mesmo sangue dos pais e parecido com eles, assume caráter primordial; por ele, justifica-se a busca incessante pelos recursos da reprodução assistida, apesar das frustrações e dos riscos.

Talvez possamos encontrar alguma explicação para o fenômeno, se considerarmos o avanço tecnológico apresentado pelo mundo contemporâneo. Por meio das tecnologias de reprodução, tem-se tentado devolver, a todo custo e a quem o deseja, a expectativa de se ter um filho biológico, mesmo nos casos em que nem mais esperanças sejam alimentadas. Além do mais, a mídia tem feito ampla divulgação das tecnologias e do surgimento de novas clínicas de reprodução assistida bem como das facilidades de pagamento. Tudo isso tende a se constituir fator de estímulo na busca pelo filho biológico. Em paralelo, o avanço nas políticas de socialização do tratamento por meio do SUS tem ampliado a procura por ele no Brasil. Tal conjunto de alternativas acaba por distanciar as pessoas do gesto de adotar uma criança.

Diante dessa reflexão, como o faz Ramírez-Gálvez (2003, p. 219), também ficamos a nos perguntar: quais as implicações da expansão desse campo num país como Brasil, onde o problema do abandono infantil está longe de ser resolvido? É preciso ampliar a discussão acerca de tais questões. Fala-se pouco sobre adoção no Brasil. Reprodução assistida e adoção funcionam como faces da mesma moeda, debate que precisa ganhar força nos meios acadêmico, político e social. A mídia, como formadora de opinião, também deve tomar para si a responsabilidade de debatê-las com seriedade. A infância abandonada no Brasil exige o esforço de todos.

Informações disponibilizadas pelo Senado Federal, em 2013, consideram a adoção no Brasil um desafio de grandes proporções. Trata-se de informações obtidas da análise dos dados do Cadastro Nacional de Adoção (CNA) e do Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Acolhidos (CNCA), ambos geridos pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Tais dados dizem que, em 2013, o Brasil tinha 44 mil crianças e adolescentes vivendo em abrigos; segundo o CNCA, em fevereiro de 2012, eram 37 mil. Como já mostramos anteriormente, apesar de ser crescente o número de pessoas dispostas a acolher uma criança sem família, o número de crianças do cadastro não para de crescer. Para o CNJ, a explicação parece estar no desencontro entre o perfil da maioria das crianças cadastradas e o perfil de filho ou filha idealizado por aqueles que aguardam na fila da adoção.

Pelo exposto, não obstante os esforços das várias instituições no sentido de diminuir o problema da infância abandonada no Brasil, parece que o obstáculo está longe de ser removido em razão de sua complexidade. Além do preconceito relacionado à idade, cor da pele ou outra característica física ou psicológica a impedir o encontro entre uma criança “pronta” para ser adotada e uma família disposta a adotá-la, há, também, aspectos político, institucional e jurídico, que interferem na questão. E, enquanto esse cenário não muda no Brasil, continuarão crescendo as listas de criança para adoção e, apesar das dificuldades que impõe, o número de mulheres em busca da reprodução assistida também.

### **5.2.1.2 Repercussões da reprodução assistida sobre a gravidez**

A gestação de bebês múltiplos se constitui etapa bastante difícil para a mulher que se submete à reprodução assistida. Por se tratar de gravidez de alto risco, via de regra, a gestante permanece em repouso absoluto por todo o período; a ameaça do aborto é real e a acompanhará por toda a gestação. Segundo Giaretta (2007, p. 58), são “riscos tanto para a mãe quanto para os bebês, que poderão carregar sequelas por toda a vida”.

Não obstante os esforços da ciência no sentido de diminuir os riscos, na gestação de múltiplos, eles ainda são muitos, transformam-se em desafio difícil de ser enfrentado tanto pela mulher, quanto pelos profissionais. No entendimento de Giaretta (2007, p. 44),

Toda gestação tem riscos, porém, na gestação múltipla, os riscos de aborto são maiores e os nascimentos prematuros são praticamente certos. Com o nascimento prematuro, aumentam as chances de sequelas físicas e neurológicas; aí está a grande preocupação em reduzir esses índices.

Ao falar sobre o assunto, *Via Láctea* comoveu-se ao lembrar momento tão delicado de sua vida. Falou de seus medos, preocupações, obediência às orientações do médico, enfim, de quanto foi difícil aquela experiência:

*Foi uma gravidez de muita preocupação e de alto risco... Quando a gente não consegue engravidar da primeira vez, aí vem o baque. Meu Deus, tudo de novo!... Aí você já fica bastante abalada... Eu fiquei tão abalada, que minha mãe disse: “Pronto, eu pensava que minha filha ia ficar... neura...” Porque eu fiquei muito preocupada por não ter conseguido... Na segunda tentativa, eu disse: eu tenho que conseguir agora; não é possível! E durante a gravidez, eu pensava: poxa, tanto investimento emocional e financeiro pra chegar nesse momento e eu estar grávida... eu tenho que cuidar pra não passar por isso tudo de novo. Se*

*não fosse o tratamento, eu não tinha engravidado até hoje... Com certeza eu pensava bastante... Eu pensava... tanto... Eu pensava: tenho que seguir a risca o que o médico orienta, porque é uma coisa difícil e grave, não é? Eu tinha medo do aborto. Por isso eu fiquei oito meses de repouso, em cima de uma cama... Quando a médica disse: “Fique em repouso”, eu não saía de cima da cama, a não ser pra comer. Fiquei até o fim. Quando ela disse: “Tente andar no colo de alguém ou numa cadeira de rodas”. Eu fiquei andando na minha casa de cadeira de rodas (Via Láctea).*

Além do medo do aborto e do conseqüente risco de ter que passar por tudo novamente, *Via Láctea* e as outras participantes citaram como grande preocupação o fato de estarem gestando três bebês ao mesmo tempo. Perguntavam-se como dariam conta de tamanha responsabilidade tanto durante a gravidez quanto na etapa posterior ao parto. Se pudessem ter optado, não teriam três filhos de uma vez, conforme relata *Via Láctea* em seu depoimento.

*Eu pensava em ser mãe, na verdade, de um único filho... só; nunca imaginei ter muitos filhos... nunca!... Quería dois, mas não acima de dois, mas era só para ter um filho... e aí, quando vieram os três, aí foi uma surpresa, mas fiquei muito preocupada, muito tempo... muito mesmo, muito, fiquei muito preocupada... Falei: é tão difícil para mim, porque é uma gravidez de alto risco, como também para os bebês (Via Láctea).*

Para as mães participantes, a ansiedade se transformou na companheira de todas as horas. Além disso, a sobrecarga de medicação, sem contar as várias complicações ao longo da gravidez, como a síndrome da hiperestimulação, a anemia, a hipertensão gestacional, a dilatação precoce do cólon do útero, a pré-eclâmpsia, entre tantas outras queixas apresentadas por essas mulheres em prol da gestação de um filho biológico.

Apesar de o ideal na reprodução assistida ser a implantação de apenas um embrião por tentativa e de a ciência já estar trabalhando nesse sentido, na prática, as chances de ocorrer uma gravidez com a utilização de apenas um embrião é da ordem de 20% (Giaretta, 2007), muito baixa, diante do desgaste que cada procedimento conceptivo implica. Por tal razão, os especialistas optam por elevar o número de embriões implantados por tentativa, apesar do risco de ocorrer uma gestação múltipla.

Para evitar desmedidas nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina, mediante a Resolução CFM No. 2.013/2013 (ver em anexos), adotou normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida, limitando ao máximo de quatro embriões implantados por tentativa, respeitado o limite de idade.

Outro importante aspecto a se considerar diz respeito às repercussões da reprodução assistida sobre a conjugalidade. Elas começam a se fazer sentir desde o início do processo, quando se discutem as primeiras questões em torno da infertilidade, e continuam por toda a gravidez, até nascerem os bebês.

No caso das mães desta pesquisa, nenhuma delas tinha filhos. Com o início do tratamento e, mais tarde, com a gravidez, tudo mudou – a atividade profissional, a rotina doméstica e, sobretudo, a vida a dois. Se todas trabalhavam, logo ficaram de licença médica durante a gestação; se, antes, marido e mulher partilhavam a administração do lar, podiam passear, viajar juntos ou mesmo namorar, com o repouso absoluto, nada mais podia ser feito a dois, nem mesmo a cama de casal foi partilhada, como aconteceu com *Sol Nascente* que, por ficar em cama hospitalar, foi preciso desarmar a cama de casal; seu marido, então, passou a dormir em um colchão no chão. Ao marido coube prover, acolher e sustentar essa mulher que nada mais podia fazer, nem mesmo preparar o enxoval dos bebês, conforme elas próprias revelaram, não obstante tratar-se de momento de raro prazer e tão esperado por uma gestante. Assim, durante a gravidez, as dificuldades só aumentaram: preocupavam-se com a sua saúde e a saúde dos bebês; os desafios se avolumavam até chegar a fase de nada mais interessar – filme, música, leitura, nada diminuía o peso da espera. No repouso, nenhuma posição parecia confortável; na alimentação, comiam apenas o que não engordasse; nos pulmões, faltava o ar – nem mais respiração adequada conseguia ter –; na mente, muita ansiedade; no peito, um coração inquieto que batia aceleradamente; no ventre, três bebês em embate, que começou cedo, por espaço, por oxigênio, pela própria vida. Nas palavras de *Sol Nascente*, um pouco desse cenário nos é apresentado:

*O médico falou: “Agora é repouso absoluto. Não quero você comendo doce, nem gordura. Não quero os meninos pesados para não nascer muito prematuros”. Montou-se uma estrutura com cama hospitalar e colchão d’água dentro do meu quarto. Meu marido dormia no chão, porque não cabiam duas camas. Eu queria dormir a manhã toda para não ver o dia passar... De manhã, eu comia uma barrinha de cereal e voltava a dormir. Tive anemia e precisei tomar ferro injetável. No início, tive uma dilatação do cólon do útero e por isso fiz uma cirurgia de emergência – uma cerclagem<sup>17</sup>. Eu só levantava uma vez por dia, para tomar banho, ir ao banheiro e passar hidratante para evitar escaras. Tomava laxativo para evitar esforço na evacuação. Urinava na aparadeira. Eu ficava ali, manhã, tarde e noite, em*

---

<sup>17</sup>Cerclagem – cirurgia de pequena dimensão que consiste em “costurar” o colo do útero da gestante, a fim de impedir o nascimento de bebês muito prematuros, especialmente no caso de gestações múltiplas.



*cima de uma cama. Virava de um lado para o outro... até de noite. Foi muita, muita confusão... No começo, assistia filme; depois, lia; no final, não tinha paciência nem pra ver televisão. Só conversava com Deus o dia todo, esperando a noite chegar, que meu marido chegasse (Sol Nascente).*

Certamente, trata-se de um momento especial na vida de qualquer casal. Na fala das participantes, retratam-se um pouco as repercussões da experiência sobre o corpo, sobre a rotina, a vida conjugal, num espectro que se estende desde as demandas da fase de tratamento, as dificuldades de administração das pequenas coisas diárias, até uma grave crise conjugal, como aconteceu com *Dia e Noite* após o parto.

Nascidos os múltiplos, nova etapa se inicia na vida dos pais. De acordo com Morgenstern e Gueller (2012), são muitas as dificuldades enfrentadas por eles ao lidar com a questão, considerando-se o fato de que cada filho precisa encontrar seu lugar singular e diferenciado entre os irmãos. Para as autoras, tal situação fica mais difícil ainda quando se trata de bebês múltiplos gerados por reprodução assistida.

E ainda nos perguntamos, se seria necessário somar mais um trabalho suplementar nos casos em que o nascimento dos múltiplos se faz pela via da reprodução assistida. Um percurso ainda difícil de ser identificado, se considerarmos que estamos acompanhando a primeira geração nascida nesse contexto da biomedicina. Ainda é muito cedo para se reconhecer ou supor os efeitos sobre as gerações futuras (p. 255).

No entanto, o tempo transcorrido entre as primeiras tentativas de reprodução assistida e os dias atuais é curto demais para que se tenha uma avaliação condizente com a complexidade dos fatos, até porque as descobertas da ciência não param de acontecer. Talvez, quando transcorridas várias gerações, se possa falar com mais propriedade sobre as consequências. Enquanto isso, novos estudos devem acontecer, para se discutir, mais amiúde, sobre os vários ângulos da questão.

É possível se imaginar que, quanto maior a dificuldade de uma mãe para engravidar, maior a tensão em torno do bebê, seja na gravidez, seja após o seu nascimento. No caso dos múltiplos gerados por reprodução assistida, parece que a tensão se intensifica e se distribui de maneira especial. As demandas são tantas, que fica difícil a mãe identificar o foco de sua preocupação. Um misto de sentimentos lhe ocorre, por vezes opostos, como alegria e ou tristeza, aceitação e ou rejeição.

Winnicott (1982, p.154), ao se referir a gêmeos, já falava sobre a não escolha dessa condição, tanto pelos gêmeos quanto por suas mães, caso tal possibilidade lhes fosse facultada: “[...] mas quase todas as mães afirmam que não teriam realmente escolhido gêmeos, se tivessem sido consultadas, e há gêmeos, mesmo aqueles que parecem bastante satisfeitos com a sua situação, que usualmente me confessam que teriam preferido chegar cada um por sua vez”.

O **não escolher a condição de gêmeos** abre espaço para se discutir, entre outros aspectos, o tema da rejeição que porventura a mãe de múltiplos venha experimentar em relação a algum dos filhos. A propósito, convém rememorar o caso ocorrido em Curitiba (PR), em 2011, já comentado neste estudo, de uma mãe que engravidou de trigêmeas após tratamento de reprodução assistida; mas, em concordância com seu esposo, tentou abandonar uma delas, porque esta apresentava problemas de saúde (Collucci, 2011).

Imaginamos que razões de toda ordem podem explicar tal atitude: razões econômicas pelo medo de não poder arcar com as despesas com a saúde do bebê doente; incompatibilidade entre o bebê idealizado e o real; preconceito quanto ao seu sexo e ou caracteres físicos ou, simplesmente, algo da ordem do desejo/não desejo de ser mãe. A questão é polêmica e demanda muita discussão, como ainda acontece com vários outros aspectos relacionados ao nascimento de bebês múltiplos gerados por reprodução assistida.

Malmstrom e Poland (2004), ao se referirem à gestação de gêmeos, dizem que ela é capaz de produzir mudanças incisivas na interação entre os membros da família e que o ajustamento desta à demanda estabelecida é muito mais sofrido do que aquele que acontece quando nasce um bebê de cada vez.

Se as autoras falam assim em relação ao nascimento de gêmeos, imagine-se o que acontece no caso de trigêmeos, quadrigêmeos, quando as mudanças impostas por tal condição afetam e convocam não apenas os pais, mas também avós, tios, amigos e profissionais os mais diversos. Sobre a experiência de ser mãe de trigêmeos, encontramos na fala de *Dia e Noite* um depoimento bastante revelador do quanto é difícil dá à luz três bebês ao mesmo tempo:

*[...] eu queria ter outro filho, porque eu queria ter um filho, e tive três... Está entendendo? Às vezes, o povo diz: “Você é doida.” Eu não sou doida, porque eu tive três filhos e vários cuidadores, e eu queria ter um filho para eu cuidar. Às vezes, as pessoas não enten..., não conseguem entender isso. [...] Eu queria muito ter um filho... mas um filho pra vivenciar o filho, entendeu? (Dia e Noite).*

Nas linhas e entrelinhas do que nos disse a participante, percebe-se seu sofrimento por ter tido trigêmeos. Após sete anos sob tratamento para engravidar, ela teve uma gravidez de alto risco, marcada por repouso absoluto, por tratamento muito doloroso e, ao término, deu à luz três bebês prematuros, de baixo peso e com sérios problemas de saúde. Nessas condições, a maternidade incansavelmente buscada por ela mais parecia um pesadelo, o que pode explicar a necessidade de ainda ter um filho.

O relato de *Dia e Noite* nos faz indagar acerca das razões que levariam uma mulher a passar por tanto sofrimento e correr tantos riscos em busca da maternidade. Dentre as hipóteses, ocorre-nos, em primeiro lugar, o fato de a participante só admitir ser mãe pela via do filho biológico, e não por adoção. Outro aspecto a se considerar diz respeito ao fato de a medicina ainda não conseguir assegurar a concepção de um bebê a partir da implantação de apenas um embrião. Se assim fosse, haveria redução substancial do número de nascimentos múltiplos a cada gestação. Além disso, a doença autoimune desenvolvida por *Dia e Noite* e o elevado número de abortos sofridos talvez tenham tido motivações mais profundas, da ordem do desejo de ser/não ser mãe ou, numa visão winnicottiana, guardem relação com a maneira como, um dia, fora cuidada por sua mãe.

Ainda que se referisse a uma mãe de um único bebê, Winnicott (1982, p.137) já dizia que “cada nova criança é uma ameaça à própria organização materna”. Quando imaginamos as condições em que as nossas entrevistadas se tornaram mães, fica mais fácil entender a razão por que elas falaram tanto em medo, em estresse e em sofrimento ao discorrer sobre sua experiência como mães de múltiplos.

Se a condição de uma mãe que deu à luz vários bebês ao mesmo tempo é o nosso foco de discussão, com certeza, vão interessar-nos, também, os vários movimentos por ela assumidos nas diversas situações enfrentadas, embora se trate de algo não contemplado pela literatura consultada. Nesse sentido, convém os estudos discutirem, também, as possibilidades de ajuda a essa mãe, considerando-se o impacto a ela causado por tal experiência. Acerca da ajuda a ser oferecida a uma mãe, Winnicott (1993 b, p.88) já nos dizia:

As mães serão ajudadas se forem capazes de expressar suas angústias no momento em que as sentem. O ressentimento reprimido deteriora o amor que está subjacente a tudo. Acho que é por isso que praguejamos. Uma palavra no momento certo concentra em si todo o ressentimento e o torna público, após o que volta a calma e enceta-se um novo período em que

prossequimos com o que estava sendo feito antes. Na prática, verifico que as mães são ajudadas quando as pomos em contato com seus mais amargos ressentimentos

Nesse sentido, reiteramos a importância do trabalho de acolhimento a essas mães, apesar de nada ter sido relatado nessa direção.

Quando *Dia e Noite* nos revelou que gostaria de “ter um filho para cuidar”, embora as pessoas a considerassem “doida”, de alguma forma, ela estava falando do seu sofrimento por não ter podido cuidar dos múltiplos como gostaria, ou seja, como se, nas entrelinhas, dissesse da satisfação que teria se cuidasse de um único filho – oportunidade que talvez a ajudasse a expressar um amor que, ofuscado pela dor, não tenha conseguido expressar livremente. De certa forma Winnicott (1993b, p. 88) nos fala a esse respeito quando diz: “O ressentimento reprimido deteriora o amor que está subjacente a tudo”.

*Via Láctea* também se referiu ao impacto que lhe causara a notícia de que seria mãe de trigêmeos:

*Quando eu soube que ia ser mãe de trigêmeos, foi um choque... Também foi para meu marido e para meus familiares. Eu fiquei preocupada: como eu vou criar três bebês de uma vez? Aí, minha mãe disse: “Eu não sei, Via Láctea, a gente vai junto, toda a família, se dedicar a vocês” (Via Láctea).*

Nesse recorte de fala, não obstante o choque causado pela notícia recebida, merece destaque o apoio oferecido a *Via Láctea* por seus familiares; a disponibilidade de sua mãe, ao tentar tranquilizá-la diante da pergunta: “como eu vou criar três bebês de uma vez?”, foi fundamental. E ao responder, sua mãe lhe disse: “Eu não sei, Via Láctea, a gente vai junto, toda a família, se dedicar a vocês”. Naquele momento, tal atitude foi decisiva para sustentá-la diante do desafio de esperar trigêmeos.

Como nos diz Winnicott (1993), é necessário que essas mães se sintam acolhidas e amparadas em suas dificuldades, de modo a poder, por extensão, também acolher e amparar os bebês. Seria uma forma de *holding* – provisão ambiental total – voltado para a mãe, uma espécie de sustentação familiar capaz de devolver-lhe a confiança necessária, para amenizar a angústia que a maternidade multigemelar tende a provocar. Em suas narrativas, tanto *Via Láctea* quanto *Dia e Noite*, enquanto falavam de suas fragilidades, ressaltavam a importância do apoio recebido dos familiares, em especial das mães. O fato

de saber que seus bebês nasceriam prematuros e necessitariam de UTI neonatal as deixava mais vulneráveis ainda. Porém o confronto com a realidade vivido na luta diária de seus filhos para sobreviver pareceu-lhes mais difícil enfrentar do que a imaginação era capaz de prever.

*Eu sabia que, quando eles nascessem, iam ficar na UTI, que eu teria que estar um pouco preocupada, mas, por mais que lhe digam que é para estar preparada, quando você passa... na hora é que você vê como é difícil... (Via Láctea)*

Uma das especificidades levantadas pelas narrativas foi a questão dos embriões excedentes<sup>18</sup>. Pelos aspectos afetivos neles implicados e pelas questões éticas, a temática se coloca como mais um desafio a ser enfrentado pela mulher que recorrer à reprodução assistida. Sabemos que, para garantir o êxito de uma concepção, a quantidade de embriões fertilizados é sempre superior ao máximo possível de ser implantado, o que gera embriões excedentes (que permanecerão congelados) cujo destino se constitui fonte de ansiedade para o casal, familiares e profissionais envolvidos (Quayle, 2009).

Em 1995, em obra intitulada *o Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução*, Chatel já nos advertia para a questão:

Não se sabe como, no discurso da descendência, vai nos voltar o fato de que terão havido os embriões congelados, guardados, e depois destruídos ou oferecidos a outro casal sob total anonimato, ou ainda dados à pesquisa médica, nem como caminharão na filiação os segredos sobre as doações de esperma, de óvulos, de embriões sem nome, generosamente oferecidos por um “casal” anônimo (Chatel, 1995, p. 137).

Tal tema veio à baila no relato das três participantes deste estudo, a começar por *Sol Nascente*:

*[...] eu rezava muito... Pedia pra que Deus me orientasse, assim... para saber exatamente quantos embriões colocar, para eu não descartar nenhum, porque eu acho que já tinha uma vidinha ali...(Sol Nascente)*

---

<sup>18</sup> Embriões excedentes – aqueles que não foram implantados no útero da mulher, mas permanecem congelados nas clínicas de reprodução assistida.

Não satisfeita, a participante retomou a questão:

*Então, eu pedi. Eu me lembro que, na hora em que ele estava fazendo a transferência dos embriões para mim, eu fiz ele prometer que iria congelar. Eu pedi: por favor, por favor, por favor, por favor. Ele respondeu: “Olhe, tem muita mãe que pede pra congelar e nunca mais volta”. Depois que os meninos nasceram, aquela complicação toda e eu voltei lá, pra saber dos embriões. O médico foi no computador e disse que os embriões não tinham sido congelados. Eu não sei se eu iria botar de novo, mas me deu uma tristeza, me deu vontade de chorar ali... Era descartar embrião... eu pensava futuramente, quando mais velha... mas, para mim, era um embriãozinho meu que estava ali. Tanta coisa a gente vê, né? (Sol Nascente)*

*Dia e Noite* também se referiu à temática, expressando-se da seguinte forma:

*Eu ainda tenho cinco embriões congelados. Na realidade, congelaram oito. Ela (a médica) tirou uns quinze óvulos, fecundaram oito e eu coloquei três. Eu tenho que ir lá resolver isso. Essa é outra angústia, é outra coisa que eu tenho que resolver. Já conversei com o meu marido, mas, nem eu, nem ele conseguimos resolver o que fazer (Dia e Noite).*

Para as referidas mães, conviver com o fato de ter embriões em câmaras de criopreservação assemelha-se a conviver com lembranças de uma história inacabada, motivo de preocupação e fonte de ansiedade constantemente alimentada por sentimentos de dúvida, de culpa e de arrependimento. Refletindo sobre a questão, Quayle (2009, p.134) nos diz: “Talvez devêssemos nos perguntar por que existem embriões excedentes, a que ordem eles pertencem...” E, em seguida, continua: “[...] É inegável que se existem é porque foram produzidos “a mais” do que é necessário – e em nome de uma produção de “garantias”, [...]”.

Fica difícil entender a expressão “produção de garantias”, quando se trata de vida humana. Pelos mistérios e valores inerentes à temática, entendemos que ela mereça tratamento diferente daquele reservado a produtos empilhados ou empilháveis em prateleiras. Estocar vidas é delicado e muito perigoso. E, ainda que sob o manto sagrado da ciência prospere uma lógica utilitária a serviço da vida, de igual modo, ela também clama, e com urgência, por dispositivos éticos e técnicos capazes de discipliná-la nos vários alcances de sua prática. Nesse sentido, os cuidados com a questão ainda deixam a desejar, o que se constitui como um obstáculo a ser acrescentado à já tão complexa questão da reprodução assistida.

## 5.2.2 Como acolher três bebês ao mesmo tempo?

*“O motor da vida humana consiste em ser e continuar a ser sustentado por um ambiente que possa satisfazer as necessidades advindas do processo de amadurecimento.”*

**(D.W.Winnicott)**

Ao discorrer sobre a noção de **ambiente facilitador**, Winnicott (2002) trouxe à baila um dos aspectos mais originais do seu pensamento. Na sua formulação, “confunde” **ambiente** com a própria mãe, aquela que ali está dando sustentação a um processo de desenvolvimento iniciado antes mesmo do nascimento daquele bebê. “[...] gosto de partir do princípio, segundo o qual, ao considerarmos um bebê, também consideremos as condições ambientais e, por trás delas, a mãe” (Winnicott, 2002, p. 29).

Discutir as condições dessa mãe na perspectiva de um ambiente facilitador implica, entre outras coisas, considerar que, apesar de o bebê trazer consigo disposição básica para se desenvolver, a tendência ao amadurecimento não é determinante. Para Winnicott (1983, p.81), “[...] o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses, possibilita à criança concretizar seu potencial”. Dessa forma, ser ambiente facilitador implica facilitar um processo de maturação já em curso em cada bebê; assim, a mãe deve ser capaz de se adaptar, de maneira sutil, às necessidades de cada um deles, sem outra preocupação, a não ser a de senti-los e de satisfazer-lhes naturalmente.

No entanto, convém considerar a ocorrência de falhas ou ausências da mãe pelas mais variadas razões. Se elas ocorrerem, só se tornarão mobilizadoras do potencial dos bebês quando estes já forem capazes de suportá-las; caso contrário, poderão transformar-se em fonte de angústia insuportável para eles e com desdobramentos imprevisíveis sobre o seu desenvolvimento emocional. Assim, “ser uma mãe suficientemente boa” é ser capaz de se adequar à singularidade de cada bebê (Winnicott, 1993).

Sendo assim, para o potencial processo de maturação acontecer, é fundamental o bebê encontrar o ambiente facilitador referido por Winnicott a oferecer-lhe cuidados que respeitem o seu ritmo, suas solicitações e natureza espontânea. Quando bem adaptado ao bebê, o ambiente suporta as suas exigências, preocupa-se com as suas carências e lhe

facilita o desenvolvimento, numa atualização gradativa das condições que favorecem a “continuidade de ser” (Winnicott, 1983, p. 53).

Subjacente à noção de ambiente facilitador está a **mãe devotada comum**, referida pelo autor, em estado de total entrega ao bebê, levando consigo, inclusive, a crença de que há, naquele filho, um ininterrupto processo de desenvolvimento em curso e de que dela depende sua sustentação (Winnicott, 1983).

Porém discutir as noções básicas oferecidas por Winnicott acerca da relação mãe-bebê ganha contornos próprios quando examinadas à luz da relação estabelecida entre uma mãe de múltiplos e seus bebês. Pelas dificuldades que enfrenta, é necessário que ela encontre um jeito criativo de se dedicar a cada um deles. Talvez, exaurida pelo cansaço provocado pela rotina, se reduza a sua capacidade de entrega a cada filho. Então, a entrada do pai pode ser antecipada (Dias, 2003) e a ajuda da avó tem-se revelado de fundamental importância.

Não por acaso, as três mães de nossa pesquisa comentaram, repetidas vezes, sobre a intensidade desse momento para elas. Falaram das privações, das noites insones, dos medos, das preocupações e dos vários adoecimentos antes e depois do nascimento dos bebês, o que, provavelmente, acabou por afetar-lhes a capacidade de investir em cada um dos filhos.

Com certeza, cuidar de filhos múltiplos requer intensa dedicação aos seus cuidados físicos, embora devamos diferenciar essa condição daquela de “total entrega” a que Winnicott (2002) se refere quando trata da noção de **mãe dedicada comum**. Para o autor, a mãe dedicada comum investe emocionalmente no seu filho, deixa-se capturar por ele numa sintonia fina, sutil que não se confunde com a mera administração da rotina dos bebês.

*Dia e Noite*, ao se referir à sua experiência na administração da rotina dos trigêmeos, disse que, de tão intensa, ela praticamente não dormia durante os seis primeiros meses após o nascimento dos bebês, apenas dava cochilos. Esse dado, tão marcante para ela, serviu de inspiração para o pseudônimo que lhe atribuímos:

*Como nos seis primeiros meses eu não estava trabalhando, eu deixava elas (as babás) descansarem; mas eu também não dava conta de ficar a noite toda com os três. Então, a gente fazia um revezamento. Eu ficava com uma (babá) no quarto, a noite toda, e a outra ia dormir; aí, no meio da noite, elas trocavam, mas eu continuava no quarto. Dava uns*



*cochilos, mas eu continuava no quarto, porque acontece de tudo: você pega babá dormindo com menino nos braços... (Dia e Noite)*

Entretanto, a quantidade de horas sem dormir não nos diz, necessariamente, das condições afetivas e da disponibilidade de uma mãe para estar de fato com seus bebês. É preciso “estar inteira” na relação, investir nela, mesmo por curto espaço de tempo. Esse funcionamento faz a diferença entre o “estado de devoção” a que se refere Winnicott (2002) e o mero cumprimento de tarefa junto aos bebês.

De tão forte que foi essa experiência para as mães-participantes, ao relembra-la, na entrevista, ainda se mostraram ansiosas. Um recorte de fala de *Via Láctea* retrata a tensão por ela vivida naquela ocasião:

*[...] era uma dedicação total: vinte e quatro horas com eles, preocupada como eles iam reagir naquela fase de desenvolvimento. Eles nascem prematuros, então, tem toda aquela fase de amadurecimento dos pulmões, de respiração e você se dedicando a eles, cada um de um jeito: um chora muito, o outro chora pouco. Aí você se preocupa, porque chora muito; se preocupa, porque chora pouco. Eu achei muito difícil essa fase, é tanto que, depois de uns vinte dias que eles nasceram, eu tive uma estafa emocional grande (Via Láctea).*

Diferentemente do que acontece com a mulher que tem apenas um bebê, a mãe de múltiplos é demandada de todas as formas, o tempo todo e, na maioria das vezes, em ritmo e intensidade para além da sua capacidade. Assim, convém pensar, essa mãe também é múltipla, pois cada filho a captura de forma distinta. Lidar com tudo isso confere a tal condição um caráter especial, de “excessos”, indicador característico dessa experiência.

Após 20 dias do parto, *Via Láctea* disse ter tido “grande estafa”. Ora, como uma mãe com estafa poderia cuidar dos seus bebês e a eles se “devotar”? Com certeza, alguém ensimesmado não consegue olhar para fora. A tensão acumulada a paralisou. Chegou ao seu limite. É possível pensar que, nesses casos, a noção de ambiente facilitador se amplia e a entrada de terceiros se torna imprescindível. A mãe e a sogra ofereceram a sustentação possível àquela mãe e a seus filhos. Porém, quando disse que “era uma dedicação de vinte e quatro horas”, *Via Láctea* estava falando, também, da ansiedade subjacente a toda aquela experiência, do desgaste causado a ela e de uma ambivalência que não se resolveria apenas com o apoio de alguém. E ela continuou falando sobre tal experiência:

*Eu tive alta com três dias. Aí, todo dia, bem cedinho, eu ia para a UTI neonatal: sete da manhã eu já estava lá e ficava até as onze horas, meia-noite, às vezes, até duas da manhã. E quando chegava em casa, ficava ligando. Eu dizia: vou ligar para a UTI neonatal. Eu escutava o som dos aparelhos ligados nos meus ouvidos: tram...tram...tram... aí eu perguntava: como está Estrela? Meu Deus... tomara que amanheça logo para eu voltar pra lá. Foi uma fase muito difícil... Muito difícil mesmo!... (Via Láctea)*

Com *Sol Nascente* não foi diferente: foi tão difícil aquela fase, que não encontrou outra forma de classificá-la senão a de chamá-la de “traumatizante” (*sic*):

*Com uma semana, eu tive alta. Eu acordava, ia para o hospital. Voltava para almoçar e retornava ao hospital. Jantava, ia pro hospital. Ia três vezes por dia. Ficava esperando, na UTI, eles darem o sinal para entrar. E aquilo me angustiava, porque às vezes eu ouvia dizer: “Estão fazendo procedimento”. E eu achava que era alguma coisa que estavam fazendo com os meninos. Aquela fase foi tão traumatizante para mim, que eu passei muito tempo sem querer ver nem as fotos. Quando eu estava vivendo a situação, nem tanto, mas, depois foi que eu fui perceber... eu tirava fotos dos meninos naquela incubadora e depois que eles saíram, eu passei um bom tempo sem conseguir olhar para elas; foi algum trauma que eu não consegui entender...(riso nervoso) Sei que eu passei ... de pouco tempo para cá é que eu consegui ver aquelas fotos (As crianças estão com 2 anos e meio). É tanto que eu não botei essas fotos no álbum deles - fotos deles entubados, com sonda na boca, no nariz, nas costas... (Sol Nascente)*

Talvez, na fase em que os bebês estavam na UTI neonatal, o sofrimento das mães pudesse ter sido minimizado caso houvesse um trabalho de humanização nos hospitais. À época, nenhum dos hospitais onde as participantes deram à luz, oferecia tal tipo de trabalho. Queixando-se da falta de acolhimento por parte do hospital, *Dia e Noite* assim se expressou: “Operada, não tinha onde sentar, só na recepção. Achava um absurdo: como olhar, de pé, três meninos na UTI? Ao lado da incubadora deveria ter uma cadeira; não tinha nada. Às vezes se sensibilizavam e pegavam a cadeira dos médicos, das enfermeiras para eu sentar.”

Para Souza e Ferreira (2010), a assistência humanizada, que, entre outras coisas, consiste em maior engajamento da equipe multiprofissional com o paciente e seus familiares, tende a reduzir o impacto da hospitalização e promover um ambiente menos estressante e mais acolhedor para todos. Isso, segundo Zimmerman (2000), acaba por oferecer um espaço de contenção das angústias dos pais, ampliando, sobremaneira, seus recursos para enfrentar a situação de crise que o internamento de um filho pode provocar.

Sabemos, por exemplo, que o som dos aparelhos, como nos disse *Via Láctea* – “você tem que ficar lidando com aqueles aparelhos” –, a luminosidade do ambiente, ou mesmo a permanência dos profissionais junto ao bebê, conforme referido por *Sol Nascente* – “Diziam: estão fazendo procedimento e isso me assustava” –, costumam se constituir em fatores estressores tanto para as mães quanto para as próprias crianças. Se há, na UTI neonatal, um espaço para esclarecimentos acerca dos procedimentos adotados bem como para expressão das dúvidas e temores de que tudo isso pode despertar nos pais, a tensão tende a diminuir e o trabalho fluirá com mais facilidade.

O trabalho de humanização oferecido a essas mães tende, também, a diminuir fantasias negativas e sentimentos de insegurança provocados pela falta de conhecimento sobre as rotinas da UTI. Sentindo-se mais seguros e apoiados, os pais conseguem reverter a melhor condição em benefício de seus filhos, ajudando-os a suportar a doença e o processo de hospitalização (Brazelton, 2002; Castro & Piccinini, 2002). Outro aspecto a se considerar diz respeito à necessidade de os pais aprenderem a lidar com a própria ansiedade despertada pelas ocorrências e procedimentos realizados no filho (Brazelton, 2002). Utilizando a linguagem de Winnicott (1993), seria a necessidade de uma espécie de *holding* destinado aos pais, em especial às mães, para conseguirem enfrentar a dor e o cansaço causados pelo internamento dos seus vários bebês em uma UTI neonatal.

Para Klein e Guedes (2006), o fato de poder constatar a existência de problemas comuns, compartilhar impressões e trocar experiências acerca da internação, revela importante função dos grupos de apoio às mães com filhos em unidades de terapia intensiva. Dessa forma, pais inseguros e ansiosos podem sentir-se mais tranquilos ao ouvir relatos de situações e sentimentos semelhantes aos seus, experimentados por outros pais em situações parecidas (Baltazar, Gomes & Cardoso, 2010).

Num recorte de sua narrativa, ao mesmo tempo em que fala das dificuldades vividas e das alternativas de enfrentamento buscadas, *Dia e Noite* reafirma a necessidade de um trabalho de humanização ser desenvolvido em UTI neonatal. Segundo ela,

*Uma das coisas mais difíceis de enfrentar foi a falta de acomodação para eu ficar. Eu precisava tirar leite, mas o estresse psicológico era tamanho, porque eu via tanto os meus filhos em luta diária e a cada minuto, quanto eu via outros até piores... Enfim, a gente sofria pela nossa dor e pela dor das outras mães. Aí, terminava que as mães da UTI neonatal se uniam..., a gente ficava.... a gente ia fazendo amizade...(Dia e Noite).*

Na falta de um acolhimento por parte do hospital, restava-lhes a iniciativa de dialogar com outras mães acerca da experiência vivida, o que, sem dúvida, minimizava os efeitos do sofrimento, embora elas precisassem mais que isso. Passada essa fase, como comentou *Via Láctea*, ela ficava se perguntando: “como consegui suportar tudo isso?”

A respeito da capacidade de enfrentar a dificuldade referida por *Via Láctea*, Lustosa (2007), Klein e Guedes (2006) nos dizem que situações que envolvem adoecimento e internação de crianças costumam provocar experiências emocionais complexas e bastante intensas nos pais e nos familiares em geral. Ademais, segundo Schneider e Medeiros (2011), costuma ocorrer, no contexto da doença, a mobilização de recursos internos capazes de produzir a adaptação tanto dos pais quanto das crianças às condições decorrentes da situação estabelecida. Tais acontecimentos, uma vez superados, surpreendem não só aqueles que os vivenciaram como também a equipe acompanhante.

No caso dos múltiplos, há apenas uma mãe e várias crianças a solicitar a atenção dela quase ao mesmo tempo. A entrada de terceiros deve ser antecipada, mesmo que a “mãe ambiente” ali esteja, devotada e totalmente entregue aos seus bebês. Convém que a rede de acolhimento se amplie e, junto com ela, a noção de ambiente. A entrada do pai precisa ser antecipada.

De maneira geral, a literatura tem ressaltado a importância do pai na fase do pós-nascimento. Para Abram (2000, p.37), ele atua na sustentação da família ao assumir o lugar de “promotor do estágio de preocupação”. Segundo Dias (2003) ressalta, há relatos de casos em que a entrada antecipada do pai amenizou falhas ambientais. Winnicott (1982), por sua vez, diz que a ele cabe criar ambiente protetor e provedor que garanta à mãe as condições necessárias à total entrega ao seu bebê, sem se preocupar com questões ao seu redor.

Para as participantes, a presença do pai foi importante em todo o processo - no apoio a elas e aos múltiplos -, no entanto, aos olhos das mães, a participação do cônjuge pareceu bem diferente daquela que elas próprias dispensaram aos seus bebês; segundo *Via Láctea*, “de uma total dedicação, de corpo e alma” (*sic*).

Quando lhe perguntamos “quem estava ao seu lado nos dias que se seguiram ao nascimento dos bebês, de pronto, ela respondeu: “minha mãe e minha sogra, direto, e eu consegui umas funcionárias que me ajudaram. Quando eu tive a estafa, eu coloquei até enfermeira para me ajudar, porque eu queria ficar só com o meu marido, mas foi muito

difícil”. Na sequência da narrativa, perguntamos-lhe: como o seu marido lidou com todo esse momento? Ela comentou: “Ele bem tranquilo. Pra ele, ele ajuda, mas, aquela ajuda de homem, que você não consegue..., só a mãe... Ele ajudava, mas, tem que ajudar... aquele empurrão que a gente tem que dar pra ele ajudar, sabe? Mas não se dedica assim como eu; não sei se ele é diferente, mas... é...”(risos).

Em outro momento, ainda se referindo à participação do pai, desta feita em nova fase do desenvolvimento das crianças, *Via Láctea* comentou: “Eu acho que ele ajuda em relação ao menino; tenta sair só com ele, vai cortar o cabelo, ao mercado, vai comprar a chuteira do futebol. Com as meninas tenta, mas, até agora, não conseguiu muito. Aí as meninas começam a entender agora por que Júpiter vai com o pai: porque é menino”.

Não obstante a mudança em relação aos pais da contemporaneidade, mais participativos nos cuidados com os filhos, ainda nos deparamos com questões relacionadas à cultura que discrimina tarefas de homem, das tarefas da mulher. Se isso acontece, a mulher poderá se sentir sobrecarregada, e a entrada de outras pessoas é necessária.

Por fim, podemos dizer que, nesse contexto, assume maior realce a participação das avós. Com sua chegada, a noção de ambiente se amplia, abrindo espaço para alguém capaz de cuidar não apenas dos bebês como também daquela mãe fragilizada, geralmente “marinheira de primeira viagem”, carente dos cuidados que só uma também mãe sabe e pode oferecer. Para Cardoso (2011), ao se colocar nesse lugar, a avó contribui para que uma rede intergeracional de ajuda se estabeleça na família, ampliando e fortalecendo os laços entre avós, filhos e netos, apoiando a todos nos tempos difíceis e nos momentos de alegria.

### **5.2.2.1 Por que sofrem essas mães?**

A saúde das mães-participantes guardou estreita relação com o tratamento para engravidar. O confronto com a infertilidade, passando pela síndrome de hiperestímulo ovariano, pela hipertensão da gravidez, diabetes gestacional, gravidez ectópica<sup>19</sup>, pré-eclâmpsia, parto prematuro, constituiu-se em um dos maiores obstáculos enfrentados por

---

<sup>19</sup> Gravidez ectópica – aquela que se desenvolve na trompa. Explicações fornecidas pela Dra. Maria do Carmo Borges de Souza, presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. Disponível em: <[http://WWW.ghente.org/temas/reprodução/art\\_ra\\_karla.htm](http://WWW.ghente.org/temas/reprodução/art_ra_karla.htm)>. Acesso em: 18 de mar de 2013.

elas; além disso, o estresse emocional vivido antes, durante e depois da gravidez transformou-se no principal responsável por outros tantos problemas capazes de afetar a saúde delas.

Dentre as entrevistadas, *Dia e Noite* foi a mãe que apresentou os maiores problemas associados ao tratamento da reprodução assistida. Quando conseguiu engravidar (após sete tentativas e seis abortos), nova etapa de dificuldades enfrentou: repouso absoluto por toda a gestação; em virtude da imobilidade, atrofiou os membros inferiores. “Foi um período super difícil, porque eu não tinha posição para ficar na cama. Eu tive todas as privações. Eu atrofiei a musculatura. Eu não tenho músculo na perna, porque eu passava os dias deitada” (sic).

Referiu-se à gravidez como algo que lhe trouxe muita apreensão. De início, visualizaram-se apenas dois embriões; mais tarde, num exame de confirmação, constatou-se a existência do terceiro. Tal notícia foi fator de preocupação para ela e para a sua médica, que temia pela gestação, porque talvez *Dia e Noite* não suportasse a gestação de trigêmeos.

*Era uma ansiedade não só pelo simples fato de eu estar deitada; eu ficava sempre esperando uma ultrasson, uma ultrasson, uma ultrasson, porque eu sabia que tinha o risco de eu perder algum bebê durante a gravidez. No início, a médica viu dois, e numa ultrasson para confirmar, uma semana a mais, ela viu que eram três. Aí, foi uma surpresa pra gente, para o meu marido, pra mim e eu já saí da clínica sabendo que eu ia ficar deitada, né? Então, assim... Foi uma gravidez muito esperada e um susto saber que eram três. E, também, porque ela dizia que eu não tinha corpo alto, forte, largo para suportar uma gravidez de três... (Seu tipo físico é o que se chama de “mignon”) (Dia e Noite).*

É possível que o estresse permanente, de alguma forma, tenha repercutido no jeito como essa mãe assumiu o seu lugar parental: sempre ansiosa e preocupada. Em seu relato, mesmo quando disse que se tratava de gravidez bastante esperada, voltou à descrição dos problemas enfrentados durante a gravidez, enumerando-os repetidas vezes: problema hepático, renal, hipertensivo, culminando com a pré-eclâmpsia que precipitou o parto prematuro.

Em narrativa marcada por pausas, lapsos e esquecimentos, quando se referiu à idade gestacional dos bebês ao nascerem, ficou confusa: inicialmente, se referiu a “seis semanas e meia” em vez de “seis meses e meio”; em seguida, falou em “29 semanas” ou “28 semanas e meia”(sic). Não lembrava exatamente.

*O tempo que eu passei na cama era realmente preservando ao máximo tanto a minha vida quanto a deles. Eu tive um monte de coisas: problema hepático, renal, hipertensão, e aí, com seis meses e meio, mais ou menos, eu fui internada, porque eu estava com todas as taxas alteradas. Corria risco de vida. O intuito de me internar foi o de segurar um pouco as minhas taxas para ver se eu conseguia chegar ao sétimo mês; uma semana para eles fazia diferença no amadurecimento dos pulmões. Mas não deu; eu tive pré-eclâmpsia e os meninos nasceram com pouco mais de seis semanas e meia, praticamente... Não é seis semanas. São seis meses e meio. Não lembro a quantidade de semanas... 29 semanas, parece... ou eram vinte e oito semanas e meia (Dia e Noite).*

A sua volta ao trabalho, seis meses depois do nascimento das crianças, foi causa de muita preocupação. Temia pela assistência que seria dada a elas em sua ausência; por isso, seu marido contratou três babás e uma cozinheira, gente demais para ser administrada (uma verdadeira empresa), fonte de conflitos permanentes. As desavenças entre as funcionárias eram tamanhas, que, seguidas vezes, ameaçou de chamar a polícia. Além disso, o excesso de empregadas a fazia sentir-se intimidada em sua própria casa, influenciando, inclusive, a sua rotina alimentar. Referiu-se à perda de peso naquele período.

*Quando eu voltei a trabalhar, meu marido botou três babás e uma cozinheira: quatro. Uma empresa. Tinha dia que eu chegava do trabalho e não sentava nem na mesa. Era tanta gente na cozinha... Eles já tinham tomado banho e estavam na fase de cochilos, porque menino não dorme, cochila e acorda o tempo todo. (Fala com voz pausada e ar de desânimo) Aí, eu ia tomar meu banho e ficava pensando: como minha vida mudou da água para o vinho! Eu era só; meu marido chegava oito, nove horas da noite. Quando eu chegava, não tinha nem a empregada. Eu tinha uma paz... (riso nervoso) Depois eu chegava, tinha três meninos, quatro empregadas... As pessoas diziam: “Como você emagreceu!”... Eu respondia: minha filha, se você for lá pra casa, você emagrece. Você não pára de trabalhar e quando vê a multidão que tem na cozinha, você desiste de entrar. Às vezes você se sente intimidada com tanta gente, em sua própria casa. É como se a casa não fosse minha (Dia e Noite).*

*Dia e Noite* se referiu a essa fase de sua vida com um desânimo tal, que parecia afetar, inclusive, a sua relação com a própria casa.

Neste sentido, Eiguer (2013, p. 16) vai nos falar acerca da importância que o contato com nossa casa deve ter na nossa vida, inclusive como espaço de troca de energia e de descarga de tensão. No caso de *Dia e Noite*, a sua casa não estava cumprindo essa função.

La notion de “chez soi” precise nos attentes sur le bien-être. Nous lover dans notre maison signifie nous permettre de disposer de son espace, nous l'approprier aussi. Habiter son *chez soi* implique “entre nos murs”, nous approprier notre contenant et ne pas seulement nous contenter d'être contenus par le cadre spatial. La Maison nous transmet son énergie certes,

mais principalement nous nous déchargeons sur elle de nous tensions (Eiguer, 2013, p.16).

Se, como nos diz o autor, a casa nos transmite energia e, principalmente, nos permite depositarmos nela as nossas tensões, naquele momento não era isso o que acontecia com *Dia e Noite*. Sentia-se intimidada com tanta gente. “É como se a casa não fosse minha” (*sic*). Tudo lhe parecia demasiado: trabalho, empregados, preocupações, doenças, perdas, em especial a perda afetivo-conjugal, pois seu casamento estava em crise e isso estava doendo bastante.

*A gente não tava bem. A gente se distanciou. A nossa intimidade está abalada. Eu disse a ele: a gente parece dois irmãos. A gente perdeu a intimidade – a realidade é essa. Meu Deus, eu nunca pensei que eu fosse chegar a esse ponto. Veja como era a minha vida: eu vivia pra namorar. Eu passei dez anos sem ter filhos, casada. Eu passei dez anos viajando, namorando. E aí, quando resolvi engravidar, enfim, foram mais sete tentando, enfim... a gente passou...A gente está distante, porque a gente abriu mão de muita coisa em prol deles (Dia e Noite).*

Quando disse “A gente está distante, porque a gente abriu mão de muita coisa em prol deles”, é como se, de alguma forma, ela estivesse responsabilizando os filhos pela crise conjugal que estava vivendo. Não obstante “ter conseguido chegar até o fim” (*sic*), conforme ela mesma verbalizou em tom de conquista, temos dúvida de que esse termo seria o mais adequado para o caso de *Dia e Noite*. Foram tantas as dores e perdas por ela relatadas, que duvidamos de ter sido a melhor opção para ela. Que condições teria essa mãe para sustentar o processo de amadurecimento de seus múltiplos? Tal questão ficou ainda mais evidente, quando ela nos disse, ao final da entrevista, que queria ter mais um filho para poder cuidar dele.

Ao nos voltarmos para o relato das outras duas mães, percebemos que, embora com menos intercorrências, também se queixaram muito do tratamento, da gestação e da fase do pós-parto. Falaram mais das dificuldades e dos sofrimentos do que das alegrias de ser mãe de trigêmeos. *Via Láctea* disse que não se lembrava de nenhuma ocasião em que não estivesse com algum filho no colo. Queixou-se do cansaço e da estafa após o nascimento dos bebês:

*Eu não lembrava de nenhum momento de minha vida sem ninguém no meu colo. Até na hora de dormir, eu dormia com um, botava no berço, aí o outro vinha. Eu não tinha hora para*



*comer. Eu não tinha tempo para nada. Era muita dedicação física. Eu tive uma estafa por causa disso. Tive febre, peguei uma infecção; era muita dedicação, uma entrega total, de 24 horas, por mais que se tenha ajuda familiar e de funcionários (Via Láctea).*

Queixou-se ainda do sofrimento de ter filhos na UTI: “eu achei muito difícil essa parte... Depois que a gente passa... (riso) a gente diz: pôxa... (riso), como eu consegui?”. Porém a etapa de amamentação dos trigêmeos talvez tenha sido a mais difícil, por constatar que não conseguiria amamentá-los adequadamente. Isso a levou a um grande estresse.

*Com 20 dias deles nascidos, eu tive uma crise de choro. Eu nem sou de chorar muito, mas eu não parava de chorar. Eu chorava tanto, tanto, tanto... Depois que eles foram para casa, eles estavam com três meses de vida e aí, noites e noites sem dormir, tirando muito leite, mas eles não acertavam mamar e eu não conseguia tirar direito, aí começou a petrificar. Ficou muito inflamada a minha mama. Tomava antibiótico e não resolvia. Tinha febre muito alta. Fiz uma punção e eu estava com infecção. Saía muito pus. Fui internada imediatamente. Aí fiz cirurgia... Aí tem uma cicatriz no meu seio. O médico disse que eu poderia ter tido uma infecção generalizada. Aí eu sequei o leite...(Via Láctea).*

Segundo *Sol Nascente*, embora tenha tido dificuldades em relação ao tratamento, gestação e parto, o seu maior problema consistia em lidar com a demanda das crianças na fase atual. Tem vivido um estresse permanente – causa de um problema nas cordas vocais o qual, segundo avaliação da fonoaudióloga que a acompanha, deve-se à tensão e à absoluta falta de lazer.

*Eu tive um problema nas cordas vocais. Uma delas se abriu. Eu ficava dia e noite rouca, rouca, rouca, aquela voz mais grossa. Eu fiz tratamento seis meses, e a fonoaudióloga dizia: “Sol Nascente, você tem que ter lazer. Você só está tendo esse problema por causa da tensão aqui, que contrai tudo. Seu lazer não pode ser o trabalho”, porque, por incrível que pareça, eu descanso mais no trabalho do que em casa (Sol Nascente).*

Por tudo isso, podemos dizer: para as mães desta pesquisa, não tem sido fácil ser **ambiente facilitador** no contexto da multigemelaridade. São muitos os desafios surgidos, por vezes, maiores que a própria capacidade de enfrentá-los, o que tem exigido delas um reinventar-se permanente diante do jeito singular e imperativo de cada criança solicitá-las a cada momento.

### 5.2.3 Ser mãe de trigêmeos: dificuldades, angústias e possibilidades

Sem dúvida, a experiência de ser mãe de múltiplos bebês pela via da reprodução assistida pode ser causa de angústia e de muito sofrimento para uma mulher. Porém, antes de discutirmos sobre as dificuldades e angústias vividas pelas mães desta pesquisa, convém lembrar que as narrativas foram iniciadas com o estímulo de uma questão disparadora, aberta o suficiente a fim de não influenciá-las no sentido de “por onde começar” ou de “como conduzir” o seu depoimento. Durante uma hora e meia, aproximadamente, cada participante falou à vontade, acerca de sua experiência como mãe de múltiplos bebês; no entanto, um dado mereceu a nossa especial atenção: o fato de todas elas terem falado muito mais de suas dores e das angústias vividas, do tratamento ao nascimento dos filhos, do que das alegrias e prazeres que essa experiência lhes proporcionou. Além disso, as referências aos filhos e ao cônjuge apareceram muito mais ao final da entrevista, e, mesmo assim, em decorrência, quase sempre, de questões formuladas por nós, quando era necessário esclarecer alguns aspectos de suas falas. As três mães iniciaram a narrativa, relatando as dificuldades vividas diante da constatação da infertilidade. Saber da impossibilidade de conceber um filho naturalmente e elaborar o luto daí decorrente pode ter marcado o início do sofrimento delas.

Para Ribeiro (2004), ter um filho implica, muitas vezes, a realização narcísica de nele deixar registrado um pouco de cada um de nós e, ao seu contrário, antigas feridas narcísicas<sup>20</sup> podem ser reabertas. No caso da infertilidade, algo assim pode acontecer com desdobramentos que se fazem sentir nas esferas pessoal e conjugal, conforme comenta a autora:

A experiência da infertilidade pode ser desestruturante, podendo até levar alguns casais à separação após tentativas frustradas de gerar um descendente. A responsabilidade pela ferida narcísica, quando não tolerada, pode ser projetada no parceiro. O fato de ocorrer essa projeção da culpa pela ferida narcísica pode tornar o relacionamento do casal insuportável (Ribeiro, 2004, p.53).

---

<sup>20</sup> Ferida Narcísica. Para Arreguy e Garcia (2002), “a noção de ferida narcísica designa um marco melancólico primordial, fonte de sofrimento pela perda do objeto materno “[...] As autoras dizem ainda que “[...] significa que uma perda atual é intensificada pelo retorno de uma perda primitiva recalçada”.

Algo dessa natureza nos foi revelado por nossas entrevistadas quando nos disseram que só desejavam um filho biológico, negando, assim, qualquer possibilidade de adoção; vimos também, quando se submeteram, repetidas vezes, ao tratamento da reprodução assistida, apesar dos inúmeros problemas enfrentados, ou, até mesmo, quando uma das mães nos falou da longa crise conjugal que estava vivendo desde o nascimento dos múltiplos, ou ainda, na expressão de *Dia e Noite* ao nos revelar que desejava ter mais um filho biológico “para se sentir mãe” (*sic*), como se não o fosse ainda. Talvez “o excesso” marcante de toda a sua trajetória como mãe de trigêmeos a tenha privado de vivenciar as várias etapas que a conduziram à maternidade.

A análise deste caso específico nos faz pensar num funcionamento ancorado numa realização narcísica. Talvez esteja em jogo não o desejo de “ser mãe”, mas o de “ter um filho”, o que, segundo Labaki (2007, pp. 75-76), não são a mesma coisa. Para a autora, [...] “o desejo que anima uma mulher a engravidar nem sempre é da mesma natureza daquele que a manterá interessada, dedicada e atenta ao seu bebê.” Além do mais, o fato de só se querer um filho biológico talvez guarde relação com a possibilidade de se ter, por meio dos caracteres genéticos, a replicação narcísica das “marcas” dessa mãe por seguidas gerações.

Pensar a infertilidade em tal contexto pressupõe contar com a possibilidade de reativação de antigas feridas narcísicas tanto na mulher quanto no seu parceiro. Além disso, trata-se de um funcionamento que, via de regra, se deixa marcar por baixa auto-estima, sentimentos de culpa e de inferioridade experimentados por um dos cônjuges ou pelo casal, o que pode ser causa de grande sofrimento para ambos, às vezes, maior que a capacidade para enfrentar os desafios daí advindos (Ribeiro, 2004).

No caso de nossas entrevistadas, podemos dizer, o enfrentamento da infertilidade e a busca pela reprodução assistida aconteceram em contexto de muitas dúvidas, de várias tentativas e de sofrimento intenso (físico e psicológico), revelando-se, também, um processo muito mais doloroso para a mulher do que para o homem, o que, de certa forma, coincidiu com o que diz a literatura (Rocha-Coutinho, 2011). A propósito, *Dia e Noite* fez interessante comentário ao falar de suas dores. Para ela, conseguir engravidar assumiu tamanha importância em sua vida, que a noção do doloroso pôde ser relativizada diante da satisfação pelo êxito obtido.

*Eu tinha todas as privações... Eu não podia sair de casa. Eu atrofiei a musculatura. Eu não tenho músculo na perna, porque eu passava o dia deitada. Eu tomava injeção todo dia, na*

*barriga, na coxa; tinha dia que batia o desespero. Eu dizia: eu não aguento mais... Tive muito enjoo. Eu passei por isso sete vezes, mas eu não aceito o último como doloroso, porque eu consegui chegar até o fim* (grifo nosso) (*Dia e Noite*).

Embora a expressão “dor física”, em certos momentos, se mostre mais relevante, não se pode separar a experiência dolorosa em “dor física” e “dor psíquica”. Essa impossibilidade ficou evidente quando *Dia e Noite* nos fala sobre o seu sofrimento nas várias tentativas para engravidar: “[...] eu não aceito o último como doloroso (refere-se ao sétimo tratamento), porque eu consegui chegar até o fim.” Embora aparentemente o corpo se revelasse o guardião de sua dor, conforme seu relato, havia uma dor maior, origem de todas as outras, a dor gerada pela infertilidade, forte o suficiente para alcançar o sujeito em toda a sua extensão e sensível ao ponto de cessar ao menor sinal de uma concepção haver-se consolidado.

Se a discussão dessa temática se dá à luz da reprodução assistida, podemos dizer, há expectativas diferentes em relação ao homem e à mulher: dela, na condição de passividade e submetida à equipe médica e aos protocolos da ciência, espera-se maior entrega do seu corpo para nele um filho ser gerado - segundo Rohden (2003), seria a expressão do discurso da ciência como a verdade última sobre corpos e comportamentos -; dele esperase, tão somente, apoio e sustentação a ela nas várias etapas do processo.

Apesar de a posição que tenta naturalizar a mulher e os caminhos que ela deve percorrer rumo à maternidade ainda existirem, a mulher contemporânea pode assumir outras posições para além dos limites circunscritos pela procriação e pela maternidade. Vejamos o que nos diz Rohden (2003, p. 90) a esse respeito:

Atualmente, embora o debate se complexifique com as novidades da ciência, é também preciso estranhar o imperativo da maternidade. Continua sendo muito recorrente a ideia de que as mulheres têm que ser mães, de que é isso que as qualifica como mulheres, de que essa é sua missão no mundo.

Porém, embora tal posição prevaleça como crença social, convém discuti-la no cenário contemporâneo, no qual à mulher são oferecidas várias outras possibilidades além da maternidade oriundas das esferas social, política, intelectual, entre tantas outras. Na realidade atual, já não cabe a aceitação passiva da crença de que ela só se realiza se for mãe biológica (Mansur, 2003).

Também se deve discutir, com maior entusiasmo e nas várias instâncias da sociedade, o tema da adoção. Apesar de os dados apontarem para o crescente número de famílias inscritas no Cadastro Nacional de Adoção (CNA), conforme já comentamos, os preconceitos que envolvem a questão, assim como a busca narcísica pela imortalidade por intermédio do filho biológico, fazem crescer, em paralelo, a procura pela reprodução assistida. Ramirez (2003, p.114) nos diz:

Minha hipótese é a de que a possibilidade tecnológica de habilitar as pessoas para terem filhos do “próprio sangue” traz consigo um cenário no qual a adoção de crianças é desprestigiada. Essa antiga solução social para resolver a ausência de filho continua existindo, porém, como último recurso, após sucessivas e diferentes tentativas de recorrer às várias técnicas reprodutivas disponíveis.

Apesar das questões apontadas por este estudo, tanto em relação à adoção quanto à reprodução assistida, observamos que a procura por filhos cresce em ambas as perspectivas. Não obstante as crises por que passa o sujeito contemporâneo, na esfera existencial, econômica e ou profissional, todos querem família; pouco importa o seu formato. Se num contraponto ao individualismo crescente em nossa sociedade ou em oposição ao avanço desmedido da tecnologia, o fato é que todos querem família, e a busca por um filho se revela boa razão para se constituir uma.

Outro desafio a ser enfrentado pela mulher, no contexto da reprodução assistida, diz respeito às repercussões na conjugalidade. Em muitos casos, apesar de já satisfeito o desejo de ter um filho e de este se revelar como fator agregador dos parceiros, conforme vimos na fala de *Sol Nascente*– “eu passava os dias conversando com Deus e esperando a noite chegar, para meu marido chegar” –, há situações em que o estresse vivido pelos cônjuges é tamanho, que eles não suportam o sofrimento daí advindo; a relação entra em crise ou, até mesmo, se desfaz.

Toda essa experiência exige de cada um, em particular, e do casal como um todo entrega nem sempre possível para a qual, muitas vezes, eles não estão preparados. É preciso, também, que haja sintonia na relação e na demanda por um filho. Evidentemente, essa sintonia total não existe; nenhum cônjuge consegue desejar um filho do mesmo modo e com a mesma intensidade que seu par, mesmo se fazendo acerto prévio. Pensar em unanimidade absoluta em relação ao assunto é uma maneira idealizada de tratar a questão

do desejo. Pode-se até argumentar que, em dado momento da relação, ambos discutiram acerca do desejo de ter um filho, porém, na prática, desejo não se mede nem se conta. Quando se fala em desejo<sup>21</sup>, fala-se em algo inconsciente, ligado às primeiras vivências de satisfação de um indivíduo, característico da história de cada um, razão pela qual não se pode argumentar que os parceiros “tinham o mesmo desejo” em relação a um filho. Quando nasce um filho, ou melhor, quando nascem três, fica mais evidente o jeito singular de cada parceiro em relação ao desejo por um filho, o que, muitas vezes, pode aparecer na relação, como um desafio difícil de ser enfrentado pelo casal. Em suas palavras, *Sol Nascente* retrata um pouco o que tal experiência representou para ambos:

*Acho que faria tudo de novo (sorri)... Meu marido... de vez em quando ele diz: “Eu acho que eu não botaria de jeito nenhum mais”. (Refere-se aos embriões excedentes que ficaram na clínica) Ele diz: “Eu não vou fazer vasectomia não, eu vou mandar cortar meus ovos. Eu estou traumatizado...” (grifo nosso) Mas ele é louco pelos meninos, sabe? (Sol Nascente)*

Apesar de sua fala expressar a dificuldade vivida pelo casal, *Sol Nascente* conseguiu utilizar-se de certo humor ao se referir àquela experiência. No seu caso, talvez possamos dizer, os efeitos da reprodução assistida foram difíceis de serem enfrentados, mas não desagregadores da relação de casal. Ainda assim, ela insistiu em continuar falando sobre o assunto e, desta feita, impingindo tom de lamento ao relato, dada a intensidade daquela experiência:

*Minha vida normal eu acho que não volta. Faz três anos que eu não saio com o meu marido, à noite, pra canto nenhum... (tom de tristeza ao falar). Quando a gente sai, é no sábado, para almoçar. O ano passado, eu tive um problema nas cordas vocais, e a fonoaudióloga disse: “Sol Nascente, você tem que ter lazer. Esse problema nas cordas vocais você só está tendo por causa da tensão aqui, que contrai. Seu lazer não pode ser o trabalho”. É, é... e às vezes, complica ainda mais, porque, quando os meninos dormem, eu já estou morta, eu não quero mais nada... (refere-se ao sexo nesse momento) já quero dormir também. É muito complicado, é muito complicado mesmo. Por sorte, meu marido me ajuda, porque se ele não fosse um pai que vivenciasse a situação, que gostasse de vivenciar aquilo, talvez eu já tivesse me separado (sorri) (Sol Nascente).*

---

<sup>21</sup>Laplanche e Pontalis (1992, p. 158) assim se expressam em relação ao desejo: “Na concepção dinâmica freudiana, um dos pólos do conflito defensivo: o desejo inconsciente tende a realizar-se restabelecendo, segundo as leis do processo primário, os sinais ligados às primeiras vivências de satisfação. A psicanálise mostrou, no modelo do sonho, como o desejo se encontra nos sintomas sob a forma de compromisso”.

Já em relação a *Dia e Noite*, podemos dizer, as repercussões da experiência com a reprodução assistida na conjugalidade foram ainda mais contundentes. Talvez a intensidade da experiência para ambos tenha sido superior à capacidade de o casal enfrentá-la. Neste caso, não se pode deixar de considerar as sete tentativas para engravidar, os desgastes físico, emocional e financeiro deixados pelas várias frustrações e pelo fantasma do aborto presente em toda a gestação, o que se constituía fonte permanente de ansiedade e de sofrimento, capaz de extrapolar os limites da gestação e alcançar a relação do casal. Como a própria *Dia e Noite* disse, “do anterior casal de namorados que éramos, restou apenas um pai e uma mãe, inteiramente, dedicados aos filhos”. Em tom de lamento, disse ainda: “e nessa coisa de criar os filhos, houve essa fase de se anular como homem e mulher... A gente não estava bem, porque a gente se distanciou... Era um pai e uma mãe e não mais um casal” (*Dia e Noite*).

Makuch e Kahalle (2009, p.153), ao falar do estresse vivido por pais que passaram pelo problema da infertilidade, acabam por associá-lo às dificuldades enfrentadas pelo casal no exercício da função parental.

[...] existem evidências que sugerem que o *stress* associado à infertilidade e ao seu tratamento tende a persistir por um tempo após o nascimento do bebê e pode-se traduzir em dificuldades na função parental, tornando os pais mais protetores, preocupados, e gerando expectativas pouco realistas em relação ao filho e ao próprio papel de mãe e pai.

Não obstante constatarmos o tom de tensão e de pouca espontaneidade na fala das três mães entrevistadas, o caso de *Dia e Noite* despertou a nossa atenção. Com ela, tudo acontecia em demasia. Por ser a causa de sua infertilidade uma doença autoimune, submeteu-se sete vezes ao tratamento para engravidar. Todos os seus bebês se submeteram, mais de uma vez, à intervenção cirúrgica e quase ao mesmo tempo. Revezando com seu marido, dormiu no quarto das crianças por quatro anos consecutivos. Para cuidar dos bebês, foram contratadas quatro funcionárias, além da avó das crianças que vinha diariamente à sua casa. Na escola, as três crianças ficavam na mesma sala de aula, pelo menos, até a ocasião da entrevista. Uma delas recebeu diagnóstico de autismo. Um simples gesto era capaz de se transformar em fonte de tensão e de culpa para ela, por exemplo, quando precisava decidir quem levaria consigo numa pequena saída de casa ou que roupa comprar para eles, ou qual deles escolher na hora de sair para um passeio, ou, o simples gesto de não

amamentar um dos filhos que conseguia mamar porque se sentiria culpada em relação aos outros que não conseguiam. Por fim, em seu jeito tenso de lidar com os trigêmeos, nem se permitia dormir; segundo ela, “apenas dava cochilos”(sic).

Outra expressão de tensão vem do depoimento de *Via Láctea*. Segundo ela, não conseguia sentar-se em festa de aniversário infantil, mesmo contrariando o argumento de seu marido de que de “*onde eles estavam poderiam observar as crianças*”. *Sol Nascente*, por sua vez, perdeu a voz em consequência de sua tensão e da absoluta falta de lazer.

Sabemos que nenhuma generalização deve ser feita com base em pequenos recortes de fala, porém, no teor dos relatos das entrevistadas, podem existir impedimentos mais profundos, para além daqueles utilizados como argumento para explicar um funcionamento nem sempre espontâneo e satisfatório em relação aos seus filhos múltiplos. Talvez expressem a impossibilidade de um luto pela infertilidade ou mesmo algo da ordem do desejo/não desejo de ser mãe, ou ainda, consequência do sofrimento imposto pela forma de procriação escolhida, sem deixar de considerar, também, a sua experiência de como, um dia, foram cuidadas pelas respectivas mães.

*Dia e Noite* falou da rotina de exército que impôs ao trato com seus bebês; *Sol Nascente* disse que o copo estava sempre cheio, prestes a derramar; *Via Láctea* relatou que não ficava tranquila hora alguma, nem no trabalho; esses são exemplos de como essas mães têm vivido sob tensão permanente, sem considerar os vários adoecimentos desencadeados pelo estresse permanente. Ressalte-se, ainda, que as idades das crianças no momento dos relatos eram de quatro anos e meio (as de *Dia e Noite*), quatro anos (as de *Via Láctea*) e de dois anos e meio (as de *Sol Nascente*), ou seja, já não eram bebês; no entanto, elas ainda expressavam tensão ao falar das lembranças daquela etapa, como se fosse marca da relação estabelecida entre cada mãe e seus filhos múltiplos. Diante disso, ficamos imaginando se os medos do tratamento, os fantasmas do aborto e as dores por elas vividas ainda estivessem ali, muito nítidas e presentes, impedindo-as de relaxar, até mesmo, quando falavam de suas experiências. Em nossa análise, não podemos deixar de considerar que, no momento das narrativas, houve, por parte das mães, uma espécie de retomada de uma experiência dolorosa, o que não significa que elas se expressassem sempre assim. Crescidos os filhos, vamos ouvir queixas mais relacionadas ao processo de amadurecimento, ao lidar com as diferenças, à administração do ciúme, das competições, da timidez/rebeldia, embora ainda muito carregadas de tensão.



As palavras de *Via Láctea* ilustram nosso posicionamento: “Eu achei que a pior fase foi essa: de saber que cada um tem a sua personalidade e você tem que tratar da maneira que eles reagem e precisam; até hoje acho bastante difícil, mas é uma experiência maravilhosa (sorri), né? É uma felicidade!”. Mais adiante, disse ainda: “Depois que a gente passa, fica pensando: ah! eu teria de novo, mas... se você parar para pensar...é difícil... Que é difícil é... o problema da UTI...!”

Em relação a *Sol Nascente*, podemos dizer, só expressou maior descontração quando se referiu ao fato de os seus bebês terem nascido na véspera do Natal. Sorrindo, comentou: “Eles nasceram do dia 24 para 25 de dezembro... Foi meu presente de Natal.” Porém, ao final da entrevista, quando lhe perguntamos sobre “o que diria a uma mãe que estivesse tentando esse tratamento para engravidar”, a resposta veio sob a forma de dúvida, seguida de breve referência à importância dos filhos, mas associada às dores e tensão que a experiência lhe tem causado:

*Eu nem sei o que eu diria... Não me arrependo... Pra mim, meus filhos são tudo. Não tenho arrependimento nenhum. Queria mais tempo para mim. Há pouco tempo atrás eu fui ao médico, cheia de dor e era tudo muscular, tudo tensão, contratura muscular por causa de tensão (ri) (Sol Nascente).*

Se, na perspectiva winnicottiana, o desenvolvimento primitivo da criança tem como condição fundamental a provisão ambiental e nesta a espontaneidade do cuidado materno aparece como a maior expressão (Winnicott, 1983), no caso de nossas participantes talvez aí se dê o maior prejuízo. Preocupação e tensão constituíam a marca de todas elas, embora a tensão expressa numa entrevista não seja, necessariamente, à vivida no dia a dia. Mesmo que ela se tenha mostrado em todas as narrativas, não teríamos dados para ir além disso.

Talvez toda essa preocupação tenha decorrido, também, do fato de os bebês terem nascido prematuramente, o que se constituiu, para elas, em “experiência traumatizante” (*sic*), como assim a classificaram repetidas vezes. Ademais, os atrasos que eles apresentaram – na linguagem, na sociabilidade, na motricidade – requereram tratamento especializado de longa duração, o que pode ter levado essas mães (mais que aquela de apenas um filho) a permanecer por mais tempo em estado de maior preocupação.

Como mais um desafio, merece destaque a questão da prematuridade dos bebês ao nascer. Havendo bebês prematuros, certamente haverá uma mãe que, além de primípara,

prematuramente precisou assumir a condição de mãe. Antes do tempo previsto, a ela coube enfrentar a fragilidade daqueles filhos, acolhendo-os e, de certa maneira, responsabilizando-se pela sobrevivência de cada um deles. É de se esperar que essa experiência tenha deixado marcas, o que reacende a discussão de que elas também precisam ser apoiadas e sustentadas em suas necessidades (Winnicott, 2002) a fim de poderem também acolher e sustentar o amadurecimento dos bebês. Acerca de tal questão, com sensibilidade e tom poético, Camerini (2013, p. 8) nos fala sobre a delicadeza do **encontro de prematuridades**: de um lado, uma mulher que se torna mãe prematuramente e, de outro, um bebê que, antes do tempo, por sua fragilidade, dela em tudo depende:

Cuando tenemos un recién nacido prematuro, tenemos una recién madre prematura. Es así que debemos tratarla como tal, como alguien que há tenido que nacer antes de tiempo y que precisa, igual que su bebé, cuidados especiales (a veces intensivos, a veces intermedios). Ser una madre prematura no es ser una madre igual a las demás solo que antes de tiempo: ser madre prematura es irse para casa sin el bebe en los brazos, es llegar a casa y no tener a nadie para poner en la cuna, es llegar a casa y muchas veces tener que ir a comprar una cuna de apuro, es sacarse leche con una pezonera eléctrica pues tienen a su bebé pero no lo pueden prender al pecho aún, es no poder cambiarle lós pañales ni bañarlo, es no tener a quien auapar.

A administração da rotina se revelou importante desafio a ser enfrentado por uma mãe de múltiplos. É fato que, na trigemelaridade, o tempo dedicado às tarefas operacionais acaba por diminuir o tempo de dedicação aos cuidados e ao melhor acompanhamento a cada um dos filhos.

Para as mães-participantes, a rotina estafante impactava na experiência de estar com seus bebês, impedindo-as, em certo sentido, de desfrutar, com mais calma e tempo, de momentos de rara beleza que poderiam ser mais bem desfrutados no manuseio dos seus bebês. São contatos como os da hora do banho, da troca de fraldas, da amamentação ao seio que, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê, favorecem a percepção das diferenças, tão importante no processo de subjetivação das crianças. Entretanto, diante do excesso de atribuições e demandas a essas mães, praticamente ao mesmo tempo, nem sempre elas conseguiam se colocar ali, inteiras, diante do seu bebê, cuidando e acolhendo-o como se ele fosse único em sua vida. Em um recorte de fala, *Dia e Noite* ilustrou a tensão

permanente vivenciada após o nascimento dos bebês, quando disse ter precisado implantar “rotina de exército” (*sic*) em sua casa, para não se perder no cuidado dispensado aos bebês.

Nesse modo generalizado de cuidar de uma criança, deixa-se de considerar, por exemplo, que, se um está acordado, o outro dorme; se um tem fome, o outro poderá não ter; se um sente frio, porque está molhado, o outro pode sentir calor.

Ao impor uma “rotina de exército”, ela pôde enfrentar dificuldades (até porque eram três crianças) de dar atenção à expressão singular de cada um deles, importante aspecto a se considerar quando se discute o amadurecimento de uma criança. Ao se referir à “rotina de exército”, *Dia e Noite* assim a descreveu:

*Eu estabeleci meio que rotina de exército aqui em casa, porque ou a gente organizava de um jeito de exército mesmo, de hora para tudo e regra para tudo, ou a gente endoidava ou não dava conta. Então, tinha hora para o banho, pra comer, para dar banho de sol, porque nessa rotina eu não me perdia; tinha hora para o remédio, porque eu sabia que tinha que ser sempre naquela hora, porque, se eu perdesse a hora do remédio, era capaz de eu dar errado. Eu nunca tive o risco de confundir eles três, não. Então assim, de todo jeito, eu estabeleci cores para cada um: mamadeira de Plutão é só amarela; a de Saturno é só azul e a de Marte é só verde. Mamadeira, chupeta, enfim, tudo que fosse de higiene, porque ajudava as babás e assim, se sobrasse leite, a gente sabia pela cor da mamadeira, quem não comeu ou quem comeu (*Dia e Noite*).*

Diante do relato de *Dia e Noite*, aparentemente mais preocupada com o cumprimento da tarefa que lhe facilitaria a rotina do que com o atendimento às necessidades de cada bebê, ocorre-nos, repetidas vezes, a imagem trazida por Winnicott (2002, p.55), quando discute a noção de “mãe suficientemente” *boa*, bem diferente da “rotina de exército” implantada por *Dia e Noite*:

[...] ela consegue esperar que o gesto espontâneo surja porque ‘sabe’ de muitas coisas sutis.[...]ela sabe que é mais importante respeitar a recusa do bebê de mamar do que forçá-lo, por disciplina ou por temor da desnutrição, porque, em termos de amadurecimento, ‘o não-alimentar’ constitui a base do ‘alimentar’,

Talvez a mãe de múltiplos, dada a intensa demanda a ela endereçada, tenha dificuldades em nuançar esses filhos e fica muito envolvida com a rotina deles. Isso pode parecer, aos seus olhos, a forma encontrada para acolhê-los.

Ser mãe de múltiplos bebês gerados por reprodução assistida se nos apresenta como uma espécie de novo rito de passagem a ser enfrentado pela mulher contemporânea,

quando, geralmente com mais idade e com vida profissional definida, opta por ser mãe de um filho biológico. Embora se trate de um rito longo, doloroso e ainda muito caro, os números apontam para o seu crescimento; ele veio para ficar, haja vista o fato de que a mulher contemporânea, apesar de todas as conquistas a que tem feito jus, continua querendo filhos. No Brasil, em 2013, segundo dados do Sistema Nacional e Produção de Embriões (SisEmbrio), foram realizadas 52 mil transferências de embriões em pacientes que se submeteram à fertilização *in vitro*, o que revela uma tendência que veio para ficar.

Sabe-se, porém, que essa busca não se faz sem grande investimento nas esferas física, psicológica e financeira. À custa de muito estresse, acontece em contexto diferente daquele em que nasce apenas um bebê de cada vez, embora, mesmo tomando por base tais circunstâncias, o próprio Winnicott (2002, p.91) já nos tenha falado sobre a condição de desamparo vivida por uma pessoa quando se vê diante do desamparo de um bebê:

Poderíamos quase dizer que as pessoas que cuidam de um bebê são tão desamparadas em relação ao desamparo do bebê quanto o bebê o é. Talvez haja até mesmo um confronto de desamparos.

Entretanto, mesmo diante desse desamparo explícito, torna-se gratificante para uma mãe perceber que há, naquele filho, um processo de amadurecimento em curso cuja sustentação dela depende. Para Winnicott (1993), a “mãe suficientemente boa” sabe caminhar junto ao filho, em ritmo adequado e no atendimento das necessidades peculiares. Porém, no caso de uma mãe de múltiplos, sua atenção se diversifica, e o atendimento às necessidades específicas exige maior entrega, apesar de cada bebê emitir sinais próprios acerca de suas necessidades e do ritmo em que elas precisam ser satisfeitas. A propósito, as palavras de *Via Láctea* ilustram o desafio imposto à mãe de múltiplos, no sentido de respeitar a individualidade de cada filho:

*Essa experiência tem me ensinado que eu tenho que educá-los, orientá-los, mas, acima de tudo, respeitar a individualidade deles, manter uma certa distância para que eles consigam crescer sem essa dependência total de pai e mãe. Eu me dedico muito a eles, mas eu vejo que eu tenho que ... (riso nervoso) deixá-los crescer um pouco sós... Eu acho que me dediquei muito, muito... aí o que eu tenho que fazer agora é tentar desacelerar e me distanciar um pouco... mas eu já fico preocupada... porque eles já estão... (ri). Eu acho que é uma nova fase, não só para eles, como para mim também, de educá-los, com limites, sabendo que cada um tem que crescer sozinho, do seu jeito, que cada um é totalmente diferente do outro, totalmente... (Via Láctea).*

Convém pensar que a relação estabelecida entre essa mãe e seus bebês funciona como uma via de mão dupla: diante deles, ela também é múltipla e cada filho a captura de maneira distinta.

Nas páginas adiante, optamos por apresentar ao leitor alguns recortes de fala que abordam pontos que consideramos centrais, quicá emblemáticos, da experiência das mães-participantes com seus filhos múltiplos. Preferimos apresentá-los de maneira mais extensa, com o intuito de circunscrever, sem cortes, toda a riqueza que cada uma das falas tem a nos revelar. Na escolha dos depoimentos, tomamos por base a seguinte questão: o que se revelou emblemático do sofrimento das referidas mães?

• Nesse sentido, ao se referir às dificuldades enfrentadas na relação atual com seus filhos múltiplos, *Via Láctea* nos revelou o seguinte: “Eu já não sou tão necessária”. Fazia referência ao desafio de lidar com o crescimento/independência dos filhos numa fala entrecortada por muitos risos – riso mais curto, mais longo, riso nervoso – e por várias reticências, que podem expressar a inquietação vivida pela participante no momento em que falava da sua experiência:

*Agora é uma fase que eles estão ficando independentes. De três para quatro anos, você já vê uma diferença grande nas crianças: independência...aí já querem tomar banho só, comer só, e você começa a perceber que você não é tão... (ri). Não precisa mais daquela dedicação total para eles; estão ficando um pouco mais livres e você já sofre com isso...(ri bastante). Interessante! Você sente... que não precisam mais... lógico que precisam de mim... mas não é aquela ... e você fica... (riso). Eu já sinto totalmente a diferença. Hoje em dia, quando tem festinha aqui no prédio... aí... (riso nervoso) eu sinto que não precisam de mim na hora de subir para a festinha... ou,então, quando estão no parquinho: “Eu não quero subir agora,mamãe, eu quero ficar aqui embaixo, sozinha...” Eu penso: meu Deus, como estão mudando... Antigamente, eu ficava 24 horas com eles... numa festa de criança, eu ficava só olhando eles. Todo mundo dizia: “Senta pra conversar” E eu não sentava nunca, nunca, nunca... porque eu também sou muito preocupada, ficava sempre olhando eles, perto, sempre. E agora, eu vejo que eles estão independentes, não querem você tão perto deles. “Mamãe, estou aqui, pode sentar mamãe, senta”. E eu já vejo que eu não estou conseguindo ainda esse ritmo deles. Não estou conseguindo... Interessante!... (Riso) Essa última festa foi um baque... Estrela disse:“Pode subir mamãe, que eu fico aqui sozinha”. Aí eu disse: como é, menina, você já está nessa fase? (Risos) Meu Deus, já pensou? Dessa idade?... Aí eu já tenho que me acostumar com isso também, que você já começa a ver que não é tão necessária para eles todo momento da vida; em alguns, sim, mas não em todos, porque eu me dedicava totalmente (Via Láctea).*

É interessante observar a surpresa dessa mãe diante do amadurecimento dos filhos, ainda que este seja, de uma maneira geral, motivo de satisfação para os pais pela independência conquistada pelas crianças. Mas a situação é vivida por *Via Láctea* com

apreensão ou, até mesmo, vista como uma perda. Talvez no caso dessa mãe depender dela alimente a própria autoestima; além disso, se o amadurecimento das crianças remete à fragilidade do lugar que ora ela ocupa, fica mais fácil compreender o porquê do seu temor e perceber que, em ambas as situações, há uma dimensão narcísica em jogo.

A atitude de *Via Láctea* fica ainda mais evidente, se compararmos, por exemplo, a fragilidade das crianças ao nascer com a evolução alcançada em etapas posteriores do desenvolvimento. Imagina-se que, de tão marcantes que foram as primeiras imagens deles, ficaria difícil esquecê-las. Tal cenário nos parece mais expressivo ainda se o analisarmos na perspectiva de mães que dizem ter se ocupado de seus bebês por “vinte e quatro horas” (*sic*), como a própria *Via Láctea* nos relatou. Aos seus olhos, renúncias e perdas lhe foram impostas ao longo de todo um período, o que, segundo ela, pôs a própria vida em suspensão: “a eles reservei o meu pensamento, os meus interesses e as minhas energias” (*sic*), numa total entrega de si; por isso, sentiu-se importante, necessária, indispensável; a cada conquista verificada, sentia-se onipotente.

Refletir sobre essas questões nos traz algo de peculiar da condição de mãe: a dimensão narcísica nela presente. Quando os filhos já não mais as solicitam com a mesma intensidade, o que lhe resta fazer? Como lidar com a nova realidade? É preciso reorganizar a vida, as relações; buscar novos sentidos, o que não se constitui tarefa fácil. Talvez, por tal razão, é que as mães entrevistadas tenham permanecido por tanto tempo numa espécie de estado de devoção prolongado, não aquele a que Winnicott (2002) se refere – enquanto condição espontânea, que passa tão logo o bebê comece a fazer uso dos recursos de seu próprio amadurecimento –, mas, por aproximação, um estado de devoção proporcional à fragilidade dos prematuros, que necessitam de maior investimento e tempo, de mais cuidado e de atenção redobrada a fim de alcançarem o nível de maturação indispensável à sua sobrevivência, diferentemente do que acontece com um bebê nascido a termo.

Para elas, mudar talvez implique ressignificar a vida nos mais variados sentidos. Sem dúvida, os filhos continuarão necessitando delas, mas de outra forma: a “senha” para reconhecer isso encontra-se no “entre” da relação; é preciso que elas descubram o jeito singular de cada um ser, de crescer e de como as solicita nas suas mais diferentes necessidades.

O período em que as crianças permaneceram em UTI neonatal talvez lhes tenha “roubado tempo” do contato que deveriam estabelecer com elas, tão importante na

formação do vínculo mãe-bebê. Certamente, por inúmeras vezes, foram impedidas de tomar esses filhos nos braços após o nascimento, de amamentá-los ao seio e de acalmá-los quando algo lhes causava inquietação e dor.

Assim como toda falta pede compensação, tentar protegê-los demasiadamente talvez seja a contrapartida pelo “tempo perdido”; no entanto, é preciso avançar, até porque, como Dias (2003, p.96) nos lembra, “desde o absoluto início, a necessidade fundamental do ser humano consiste em ser e em continuar a ser.” Em ritmos diferentes e num jeito peculiar que cada filho encontra para se expressar, eles continuarão crescendo e necessitando da mãe, embora, para ela, seja difícil atendê-los na singularidade de cada um e admitir que eles cresceram.

Outro aspecto a se considerar no caso dos múltiplos diz respeito ao sentido compensatório que assume a relação entre eles. Por vezes, ter um irmão para se aconchegar, comunicar-se ou mesmo chorar junto pode fazer toda diferença na espera da mãe, que, aos olhos de um bebê parece “não chegar nunca”. Nesse sentido, em estudos desenvolvidos com fratrias gêmeares, Malmstrom e Poland (2004) nos dizem que tais irmãos criam alianças e parcerias entre si que acabam por supri-los em muitas necessidades, por exemplo, a necessidade de companhia, de atenção, de aconchego, entre outras. Baseadas em estudo com gêmeos, as autoras dizem que é como se eles, em alguns aspectos, se bastassem a si mesmos, o que pode despertar ciúmes e sentimento de abandono na mãe, por se sentir preterida. Situação semelhante, imaginamos, pode acontecer com os trigêmeos.

Independentemente das condições da mãe para lidar com o crescimento do filho, nada o deterá, pois, como nos diz Winnicott (1983), se, em cada criança, há um processo de crescimento em marcha, chegará o momento em que esta será mobilizada, mesmo à revelia dos pais, “a alimentar-se e a viver ainda que a base para esse viver seja débil ou mesmo ausente” (Winnicott, 1988, p.127).

Por fim, convém lembrar que o movimento de sustentação exige diferenciação, principalmente se levarmos em conta que essa mãe possui três filhos com a mesma idade. Para atendê-los, faz movimentos de idas e vindas, transitando por entre as várias solicitações a ela endereçadas. E, por mais difícil que seja reconhecê-los em sua singularidade, eles se expõem, dando pistas de suas diferenças, o que muito facilita o reconhecimento.

• *Sol Nascente* também nos trouxe importante depoimento acerca de suas dificuldades no trato com os filhos múltiplos. Segundo ela, “o copo está sempre cheio, prestes a esborrar” (*sic*).

*Eu estou com essa dificuldade de não saber lidar com os meninos, porque é aquele negócio... o copo vive sempre cheio, sabe? Para esborrar, é fácil... é essa a minha dificuldade: a da personalidade deles. Cada um tem uma personalidade totalmente diferente. Os dois meninos são muito ligados um ao outro, mas, ao mesmo tempo, tudo que um faz, o outro quer fazer. E eu acho que é mais complicado. Principalmente quando eu estou em casa. Sabe, principalmente, um deles, Mercúrio, que é o mais extrovertido, o mais brincalhão, mas é o mais desobediente; quer chamar o tempo todo a minha atenção. Totalmente carente; totalmente carente... (repete enfaticamente) Ele me desafia o tempo todo. Não sei se é pra chamar a minha atenção... essa carência. Mas me desafia em tudo. É esta dificuldade que eu estou tendo – de conduzir isso, que ...assim... eu não sei como fazer...(riso nervoso) Para mim, hoje está ficando mais complicado, porque quando eles eram pequenininhos, era aquele trabalho cansativo, mecânico, mas agora, é esse trabalho de... de... de... educar, que você fala, fala, fala, e ...nada... isso me estressa demais, acho que... deixa a pessoa mais nervosa do que cansada. E isso me afeta muito. A paciência vai se esgotando... (Sol Nascente ).*

Das três mães ouvidas por esta pesquisa, *Sol Nascente* tinha os filhos mais novos na ocasião – dois meninos e uma menina com dois anos e meio, idade em que a mãe ainda é muito solicitada. Além disso, ela se queixava de não ter podido contar com o apoio de sua mãe ou de outro familiar no cuidado com as crianças, além das dificuldades com as babás. Por seus familiares morarem em outro estado, não tem contado com a ajuda deles nas várias situações. Apenas no primeiro mês após o parto, recebeu ajuda de sua mãe, que logo voltou à terra natal. Daí passou a contar, tão só, com a ajuda do marido e, esporadicamente, de uma babá. Só conseguiu a primeira babá quando as crianças já estavam com quatro meses de nascidas, pois, até então, várias desistiram do emprego quando sabiam tratar-se de trigêmeos.

Essa mãe se queixou de não ter conseguido encontrar, até o momento, uma funcionária que dormisse no emprego, o que a tem levado, diariamente, a cumprir um terceiro expediente quando volta do trabalho. Segundo ela, há cansaço acumulado que se revela sob a forma de impaciência e de estresse permanente no trato com as crianças. Disse-nos em tom de lamento: “O copo vive sempre cheio, sabe? Para esborrar, é fácil [...] agora, é esse trabalho de... de... de... educar, que você fala, fala, fala, e nada... isso me estressa demais, acho que... deixa a pessoa mais nervosa do que cansada. E isso me afeta muito. A paciência vai se esgotando...”



No contexto em que tem vivido, é fácil compreender porque Sol Nascente disse, por exemplo, “que não saio sozinha com o meu marido há três anos” (*sic*) ou “meu lazer é o trabalho” (*sic*) e, por isso mesmo, “em janeiro do ano passado tirei férias, mas quase subi pelas paredes” (*sic*) e, por tal razão “este ano só tirei quinze dias de férias e mesmo assim coloquei as crianças na colônia de férias” (*sic*). Disse, também, que teve um problema nas cordas vocais: “quase perdi a voz e a fonoaudióloga me disse que tudo foi causado por tensão, por absoluta falta de lazer” (*sic*).

Como mais um desafio que a mãe de múltiplos precisa enfrentar, está o de singularizar a sua atenção quando esses filhos a demandam praticamente ao mesmo tempo. E exatamente porque eles fazem e pedem ao mesmo tempo coisas diferentes, é que vão marcando presença no seu processo de singularização. Não obstante as dificuldades que esse cuidado possa implicar, há um movimento de mão dupla acontecendo: por um lado, os bebês emitem sinais diferenciados de suas necessidades; por outro, a mãe nuança as suas ofertas; e assim, num trabalho silencioso feito por ela, mãe e bebês vão encontrando alternativas de como lidar com as peculiaridades de filhos nascidos na condição multigemelar.

Porém, em meio a tudo isso, não se pode esquecer que essa mãe, exatamente por se encontrar no estado de **preocupação materna primária** de que trata Winnicott (1980, pp. 28-29), [...] “está muito vulnerável. Nem sempre isso se nota, devido ao fato de em geral haver algum tipo de proteção estendida em torno da mãe, proteção esta organizada talvez por seu marido [...]. É no caso de uma ruptura das forças protetoras naturais que se constata o quão vulnerável é a mãe”. Nesse sentido, talvez pudéssemos dizer, é dessa mãe vulnerável, vista em *Sol Nascente*, que trata Winnicott. É como se ela vivesse permanente “colapso das forças protetoras” cujas consequências podem ser desastrosas tanto para a sua saúde quanto para a qualidade da relação estabelecida com os filhos, a menos que algo mude e ela passe a contar com um sistema de apoio mais efetivo.

- Em relação a *Dia e Noite*, optamos por discutir três importantes fragmentos de sua narrativa. O primeiro refere-se à explicação dela acerca da escolha do nome das crianças. Como nos disse, quando lhe perguntavam como iria escolher os nomes dos futuros bebês, respondia: “Eu não vou escolher os nomes: é por ordem alfabética...” (*sic*)

*As pessoas me perguntavam: “Como é que você vai escolher os nomes?” Como eu vou escolher os nomes?!...Eu não vou escolher os nomes. Os nomes são esses: Marte, Plutão e*

*Saturno. É a ordem alfabética.... Agora, o primeiro que sair vai ser Marte; o segundo, vai ser Plutão e o terceiro, vai ser Saturno (Dia e Noite).*

Como referido, no caso dos filhos múltiplos, um dos grandes desafios a ser enfrentado pela mãe diz respeito a estabelecer, desde cedo, a diferença entre eles. Trata-se de processo gradativo em que pequenos gestos vão estabelecendo diferenciação rumo à autonomia e à independência daqueles sujeitos. Sem dúvida, tal processo é longo e se inicia antes mesmo da concepção, quando os pais os idealizam em seu desejo, escolhendo os nomes de menino ou menina. Parece-nos que seria esse o momento inaugural de diferenciação, quando os pais, em especial a mãe, primariamente identifica características de cada criança e estabelece positiva e apropriada vinculação com cada uma delas.

É comum que, ainda no útero, a mãe já perceba diferenças entre cada um dos filhos, como, por exemplo, um é mais calmo; outro, mais agitado; um se mexe muito, o outro chuta com mais frequência. Sutil comunicação vai estabelecendo-se entre ela e seus bebês, enquanto também vão sendo oferecidos a ela importantes elementos para diferenciá-los.

Nesse sentido, um recorte da fala de *Via Láctea* ilustra a percepção das diferenças a que nos referimos.

*Desde o começo, eu já sabia que seriam duas meninas e um menino e já sabia, também, a posição em que eles estavam. O médico falou sobre essa posição e que eles não iriam mudar, por falta de espaço. Eles estavam em U: o menino, uma menina aqui embaixo e a outra menina aqui do outro lado. A que ficou no meio, ficou recebendo o peso. Até por isso ela nasceu menor. Fazia quinze dias que ela não se alimentava pela pressão dos outros sobre ela. Eu conversava com eles, para acalmá-los naquela situação. Hoje ela é a mais independente; é a que se alimenta melhor; não tem tempo ruim para ela. É bem humorada. A irmã é menos sociável, de temperamento mais fechado. O menino é muito tímido (Via Láctea).*

No processo de diferenciação aí iniciado, a escolha dos nomes e seu significado assumem fundamental importância pelas semelhanças ou diferenças que apresentem com os pais, com um parente querido, vivo ou já falecido. Se nada disso é levado em consideração no momento da escolha, desperdiça-se importante oportunidade de se marcar a diferença no processo de subjetivação desses filhos.

No caso de *Dia e Noite*, parece-nos, o argumento “da ordem alfabética” ou “da ordem cronológica de nascimento” para escolha dos nomes pertença à mesma categoria da “rotina de exército” adotada por ela nos cuidados com os filhos. Apesar disso, a escolha

dos nomes poderia ser mais bem aproveitada se fossem consideradas as características peculiares de cada criança.

Ainda que, em relação a gêmeos, Winnicott (1982, p.158) já nos dissesse que “certamente a principal complicação na criação de gêmeos é essa questão do tratamento pessoal e a assistência a cada um deles, de modo que a totalidade e a unicidade de cada um obtenham pleno reconhecimento”, em relação a trigêmeos, estamos certos de que o nível de complexidade desse processo é ainda maior. Além do mais, convém considerar que a diferenciação que se vai estabelecendo depende não só da mãe ou dos pais, mas, da criança também; se dadas a esta as condições necessárias, ela revelará a sua expressão mais singular.

- O segundo fragmento selecionado da fala de *Dia e Noite* diz respeito à maneira de se referir à amamentação de um dos filhos: “É como se não fosse justo ele mamar sozinho” (*sic*).

Sabe-se que a condição de prematuridade impossibilita os bebês de serem amamentados ao seio tanto pela imaturidade física que os impede de sugar quanto pela gravidade de seu estado geral, que os conduz, necessariamente, ao internamento em UTI neonatal por longo período. Em tais circunstâncias, o contato com a mãe se torna restrito. Impõe-se certo afastamento entre ela e o bebê, o qual fica impedido de entrar em contato com sensações antes conhecidas e gratificantes da vida intrauterina. O cheiro da mãe (que na amamentação, guia-o até o seio) lhe é negado, assim como, a sua voz e a vibração que ela provoca no corpo dele são distanciadas, sem contar, também que lhe é negado o toque suave de suas mãos e o aconchego proporcionado por seu abraço. Em lugar de tudo isso, resta-lhe o aparato tecnológico de uma UTI neonatal, estéril e permeada por ruídos estranhos e intervenções por vezes dolorosas. Eis aí o cenário constituído para o momento inaugural da vida de um bebê prematuro: sem amamentação ao seio, sem cheiro de mãe, sem abraço.

A esse respeito, Queiroz (2005, p. 52) vai nos dizer: “parece que essa primeira mamada é o momento do encontro entre um e outro e que estabelece as bases da relação; se esse momento for perdido ou perturbado, poderá comprometer não somente o funcionamento da amamentação, mas a própria relação entre o bebê e sua mãe”.

Nos fragmentos da narrativa a seguir, percebe-se, com riqueza de detalhes, todo o conflito vivido pela mãe ante o desafio de amamentar seus filhos múltiplos. Expressões

como “eu não conseguia amamentar”, “peso na consciência porque ele estava conseguindo e os outros dois não conseguiam”, “é como se não fosse justo ele mamar”, “eu não aceitei dar só a ele já que os outros dois não conseguiam” permearam a narrativa de *Dia e Noite*, revelando, entre outras coisas, a sua dificuldade em se oferecer de modo diferenciado a cada bebê, ocasião em que a mãe particulariza a sua oferta em função daquilo que cada bebê solicita. Como nos dizem Passos *et al* (2013, p. 155), “As intensidades de afeto parecem diferentes, mas o fundamental é que, em cada parceria ela possa assegurar as condições necessárias a uma existência criativa do bebê”. No caso dessa mãe, em diferentes situações e com relativa frequência, pudemos perceber a sua dificuldade de se colocar diante de cada filho, particularizando a sua oferta na resposta concedida a cada pedido feito. Vejamos o que ela nos disse a respeito:

*Os três eram extremamente prematuros e esfomeados. Eu não conseguia amamentar. Eles ficaram dois meses e meio na UTI e, quando eu cheguei em casa com eles, eu não tinha quase leite, porque na UTI eu tirava e deixava lá, congelado. Eles tomavam através de sonda. Não sabiam sugar. Na UTI, tiveram que fazer sessões de fono para aprender a pegar a mamadeira, porque eles têm que sair da UTI sabendo mamar na mamadeira; eles não têm força para sugar o peito- para a sucção. Quando eles tiveram alta, usavam a mamadeira. Eu tentei dar algumas vezes – Plutão não pegava, nem Marte. Na mamadeira, é muito mais fácil. Eles nunca aprenderam a mamar. Nunca tiveram o instinto de ir pro peito. E Saturno mamou pouquíssimo. Um mês, talvez. Eu dava de mamar a um e dava a mamadeira aos outros dois. Depois eu pegava o outro, sempre na hora da alimentação eu pegava um. Intercalava..., mas, na realidade, Marte e Plutão nunca conseguiram mamar. Eu tentava, tentava, depois dava a mamadeira. Era complicado também. Era engraçado. Às vezes, eu pegava Saturno e ia lá pro meu quarto e Saturno conseguia mamar, mas eu ficava com peso na consciência, porque ele estava conseguindo e os outros dois não conseguiam. Veja que doídice. É como se não fosse justo ele mamar, entendeu?Aí eu acho que assim: de repente, eu podia ter dado mais tempo de mamar em casa, mas eu acho... eu... eu...eu não aceitei dá só a ele, já que os outros dois não conseguiam, eu tinha que dar na mamadeira. Sem falar que eu estava dando de mamar e ouvindo os outros dois gritando, entendeu?Aí, eu não conseguia, eu não conseguia..., eu saía do quarto ia pra onde estavam os outros dois. E quando eu chegava no quarto, estavam os dois tomando mamadeira, aí eu pegava a mamadeira e dava a Saturno também (Dia e Noite).*

Para Queiroz (2005), as consequências pelas dificuldades de estar com o bebê desde o início, somadas a fatores relacionados à gravidez ou mesmo ao não desejo das mães em relação a esses filhos podem ser tão dramáticas para eles, a ponto de se pensar que uma espécie de “descontinuidade/interrupção” da relação mãe-bebê possa acontecer. No caso dos prematuros, dadas as limitações impostas a tal relação pelo internamento em UTI neonatal, as consequências podem ser ainda maiores.

Se a prematuridade do nascimento vai funcionar como algo traumático, capaz de provocar ruptura no contato entre a criança e a mãe na vida uterina, a amamentação poderia funcionar como continuação desse contato. No entanto, quando se trata da prematuridade dos múltiplos, a condição de fragilidade dos bebês ao nascer geralmente os impede de serem amamentados ao seio.

Para Queiroz (2005), o ato de sugar faz o leite descer. Se um bebê prematuro consegue mamar, ele deve ser estimulado, de todas as formas, a continuar a fazê-lo. No entanto, não foi isso o que fez *Dia e Noite* quando percebeu que *Saturno* conseguia mamar. Sentiu “remorso e peso na consciência” (*sic*), porque os outros não conseguiam sugar. Nesse sentido, em relação a *Saturno*, essa mãe não conseguiu singularizar a sua oferta; reeditou a “rotina de exército” utilizada em outra circunstância; e *Saturno* pagou o alto preço de não ser amamentado ao seio pelo motivo de os seus irmãos não terem força para sugar.

- O terceiro fragmento recortado da fala de *Dia e Noite* diz respeito ao diagnóstico de autismo recebido por *Saturno*: “O diagnóstico de autismo para Saturno foi uma coisa chocante para mim” (*sic*).

Antes de qualquer consideração a respeito do assunto, é preciso que se diga que o fato de se receber um diagnóstico, não implica, necessariamente, na existência daquela patologia; ainda que essa possibilidade existisse, para *Dia e Noite* foi muito difícil lidar com toda essa situação. Vejamos o seu depoimento a respeito:

*Saturno teve um diagnóstico de autismo. (Falava muito baixo nesse momento) Saturno é o mais novo (por ter sido o último a nascer). Eles começaram a falar tarde, e aí, ele não falou. No segundo ano, a médica perguntou: “Por que ele não está falando ainda?” Eu disse: não sei. Eles começaram a falar agora... “Mas, por que ele não fala?” Não sei. Aí ele voltou para a neurologista. Eles tiveram todo acompanhamento de neurologista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional. Aí, quando ele voltou para a neuro, ela achou que ele estava com uns movimentos repetitivos, com alguma coisa meio... enfim, aí ele continuou a terapia ocupacional pra ver a questão do autismo. Foi uma coisa muito chocante para mim. Ele tinha uns comportamentos de se isolar, de ficar rodando, além da linguagem. Ele tinha esses comportamentos que a gente ficou observando, entendeu? Ela disse: “É porque é assim: ele tem um traço de autismo e que se a gente não trabalhar, ele pode desenvolver o autismo; se a gente não trabalhar esse traço...” (fala com tom de descaso ao repetir as palavras da médica). Aí, mandaram ele pra uma clínica especializada em autismo. Ele passou um ano nessa clínica – dos dois aos três anos de idade. As crianças da clínica são autistas. Porque aquelas crianças que você olha e vê elas estão em outro mundo, e eu não via isso nele, entendeu? Ele passou um ano nessa clínica e eu pedi para ele voltar para a terapeuta ocupacional, porque eu preferia o atendimento individualizado, porque eu achava que... eu fiquei com medo de colocar ele numa clínica com crianças autistas... eu ia estimular o*

*comportamento autista, entendeu? Porque assim: ele...ele... por mais que dissessem que ele tem um atendimento diferenci... individualizado, mas o lanche é coletivo, a salinha que ele ficava era com outro menino autista, a chegada e a saída ele convivia com os meninos, entendeu? Foi complicado. Aí a gente pediu para ele voltar para a terapeuta ocupacional. Hoje ele está ótimo. Ele tem apenas um atraso na... na linguagem, no 'R'. Ele não fala 'R', fala 'L', mas a escola diz que é um atraso compatível com a idade e que outras crianças da salinha também têm a mesma dificuldade (Dia e Noite).*

Como se fora um gesto simbólico, *Dia e Noite* disse que *Saturno* calou-se, embora o mesmo não tenha acontecido com os seus irmãos. Em nossa reflexão, convém lembrar que ele era o único que sabia sugar e conseguiu mamar nas primeiras tentativas feitas por sua mãe ao tentar amamentá-lo ao seio. Porém, esse processo foi interrompido.

Os dois movimentos de *Saturno* despertaram a nossa especial atenção – um no sentido afirmativo (conseguiu sugar), outro, no de “negação” (calou-se, isolou-se). É como se, paradoxalmente, ambos apontassem na mesma direção – a de suas necessidades.

Segundo *Dia e Noite*, ele se isolou dos demais, desenvolveu movimentos repetitivos, o que o levava a rodar em círculos – comportamentos que motivaram o diagnóstico de autismo. Entretanto, em razão da complexidade desse diagnóstico, perguntamo-nos se o silêncio e o isolamento de *Saturno* não seriam a expressão por ele encontrada para se diferenciar dos demais irmãos. Não nos cabe aqui discutir a autenticidade do diagnóstico, e sim, entender o funcionamento daquele filho à luz da relação mãe-bebê. Estaria ele buscando uma forma de diferenciação para fazer frente ao tratamento indiferenciado a ele oferecido até então? Talvez, *Dia e Noite* não estivesse olhando para *Saturno* na medida do que ele necessitava. A esse respeito, outro questionamento ainda nos ocorre: e se a própria *Dia e Noite* se sentisse impossibilitada de olhar para *Saturno* e para cada um dos seus irmãos em sua singularidade? Não seria este um importante elemento para se entender o silêncio de *Saturno*? Como se vê, é impossível discutir o sentido de questões como essas apenas na perspectiva da mãe; é preciso considerar que são muitos os desdobramentos sobre os bebês (Lazaratou & Golse, 2006); afinal, ninguém é mãe sem bebê.

Não obstante as divergências teóricas que o tema do autismo suscita, para compreender um pouco mais sobre ele, preferimos manter o foco no pensamento de Winnicott (1997, p. 194) e ouvir os seus ensinamentos acerca do assunto.

Independentemente de chamarmos o autismo de esquizofrenia da infância inicial ou não, devemos esperar resistência à ideia de uma etiologia que aponta para os processos inatos do desenvolvimento emocional do

indivíduo no meio ambiente dado. [...] haverá aqueles que preferem encontrar uma causa física, genética, bioquímica ou endócrina, tanto para o autismo quanto para a esquizofrenia. Esperamos [...] que aqueles que afirmam ter pistas seguir estas pistas, mesmo que elas pareçam levar para longe do físico e para a ideia de uma perturbação na delicada interação dos fatores individuais e ambientais, conforme eles operam nos primeiríssimos estágios do crescimento e desenvolvimento humano.

Para o autor, fica evidente que o desenvolvimento saudável da criança depende do ambiente que atenda a suas necessidades mais específicas e nas diversas etapas de seu amadurecimento. Para tanto, a mãe deve sentir-se segura e amparada, embora, em alguns casos, a origem de seu desamparo remonte ao início de sua história pessoal – sentiu-se amparada ou não por sua mãe?

Então, se o ambiente falha na provisão básica, o bebê pode experimentar agonia intensa; para se resguardar dela, comporta-se defensivamente. Surge aí o sintoma. Segundo Chatel (1995, p. 137), “O sintoma sustenta a junção entre o simbólico e o real por um nó que, sem ele, se desataria. Ele é a maneira pela qual cada um fabricou uma posição particular face a seu quinhão de real [...]”. Em sendo assim, é através do sintoma (qualquer que seja a forma assumida) que o bebê tenta proteger-se de um reviver da agonia a que foi submetido.

De volta às narrativas, talvez *Dia e Noite* não tenha conseguido ser uma “mãe suficientemente boa” para *Saturno*, porém, se considerarmos todo o seu percurso rumo à maternidade, encontraremos elementos importantes a serem considerados na análise da questão. Nesse sentido, devemos pensar além da relação mãe-bebê, ou seja, alcançar fatores que podem ter interferido, de maneira incisiva, na capacidade de a mãe acolher seus filhos múltiplos. A propósito, vale lembrar, *Dia e Noite* vivenciara excessos resultantes do tratamento da reprodução assistida – várias tentativas, seis abortos consecutivos, uma relação conjugal abalada e muito sofrimento por isso, e, por fim, o nascimento de três bebês prematuros com graves problemas de saúde, razão da necessidade de internamento em UTI neonatal.

A visualização desse cenário nos faz refletir sobre os caminhos seguidos pela ciência quando tenta, a qualquer preço, criar vidas em laboratório, sem considerar, em muitos casos, as condições da mulher para enfrentar todo o processo em busca do filho biológico.

A utilização da reprodução assistida sem apoio psicológico à mulher pode constituir-se ameaça à saúde física e emocional da futura mãe como também a dos filhos que daí advirão. Como nos diz Chatel (1995, p. 137), “[...] biologizar o sofrimento é desconectá-lo do nó complexo no qual ele está tomado; é universalizá-lo, pela decodificação dualista biomédica, e aniquilar toda conduta sintomática que buscasse se distinguir”. Uma ação respaldada na interlocução entre os vários saberes envolvidos nessa prática ampliará o êxito, minimizando o sofrimento da mulher.

Em matéria de procriação assistida, podemos dizer, a ciência médica tem reinado absoluta nos acertos e nos erros. Se estes causam sofrimento à mulher ou aos seus futuros bebês, **nada que um psicanalista não possa resolver** é o que, por vezes, ouvimos como desculpa. No entanto, há necessidade de mais diálogo entre as diversas áreas envolvidas. Se tem crescido a busca pela reprodução assistida, que também cresça o trabalho de parceria entre os vários profissionais envolvidos. Ademais, o assunto não se esgota na compreensão estrita do que acontece entre a mãe e seus bebês; deve-se discutir, também, sobre os caminhos trilhados pela ciência quando “brinca de Criador” e insiste, de todas as formas, na “fabricação de vidas em laboratório”, ainda que, em algumas circunstâncias, não tenha sido a melhor opção.

No caso de *Dia e Noite*, é fácil entender porque sua experiência se revelou um excesso para ela, que se via sem condições de “adotar” emocionalmente três filhos ao mesmo tempo. Era-lhe demandada uma espécie de “adoção em bloco”, e sua reação revelou todo o sofrimento pela impossibilidade de acolhê-los nas suas diferenças. Conforme já dissemos, não por acaso, tanto ela quanto as outras mães por nós entrevistadas utilizaram, repetidas vezes, a expressão “experiência traumatizante” (*sic*). Além disso, o desejo de, mais tarde, ter um filho “para cuidar dele” (*sic*), pode expressar a dificuldade de *Dia e Noite* de cuidar dos múltiplos. No fundo, o ‘excesso’ a que nos referimos não é numérico; diz respeito ao grande investimento emocional que uma mãe necessita fazer em seus vários bebês, contando, inclusive, com a possibilidade de que eles dependem dela, também, para sobreviver.

Mas a noção de ‘excesso’ não para por aí: e os embriões excedentes que permanecem em câmara de criopreservação? Foram vários os óvulos aspirados dessas mães, vários embriões implantados e alguns outros congelados. O que fazer com estes últimos e com as fantasias que tal prática despertou nelas? **“Estariam implantados em outros ventres?”**



**Quantos filhos meus existem por aí? Passado um longo tempo, ainda poderei implantá-los em mim?"** (*sic*). Essas e outras perguntas povoam a mente e angustiam as mães desta pesquisa.

Como se constata, trata-se de temática própria de nossa época, bem diferente daquela que inspirou Winnicott ao produzir a teoria do amadurecimento humano. Embora se trate de estudo datado, ele tem sido valioso no embasamento de nossas reflexões acerca das condições enfrentadas pela mulher-mãe da contemporaneidade, não obstante a constatação de algumas lacunas identificadas quando do confronto com a realidade atual. Por isso, algumas questões aqui formuladas talvez permaneçam sem resposta, à espera dos desdobramentos que só o tempo poderá revelar.

Por fim, resta-nos dizer, por maiores que sejam as dificuldades enfrentadas por mães no lidar com os bebês nascidos em tais circunstâncias, quando tentamos compreender o que se passa na relação mãe-bebê, não podemos esquecer que bebês e crianças têm enorme capacidade de se refazerem e de se recuperarem continuamente. Afinal, como o próprio Winnicott (1982) nos diz, não seria essa a força que faz do bebê **uma organização em marcha?**

**6. À GUIZA DE CONCLUSÃO: do diálogo com os dados à tessitura das considerações finais**

*“Ah, a mulher sempre deu um jeitinho, sempre. É... Não sei se isso é uma característica feminina, mas é também, é um modo de sobreviver, não é? Afinal, as mães precisam sobreviver!”*

**(Uma mãe participante)**

Partindo da análise das narrativas em articulação com os nossos objetivos nesta pesquisa, mais do que buscar respostas para questões que nos inquietavam, foi-nos dada a oportunidade de nos debruçarmos sobre o rico material oferecido pelas participantes, ao falarem sobre suas experiências como mães de múltiplos gerados por reprodução assistida. Também nos foi dada a possibilidade de voltar no tempo, mais precisamente aquele situado entre meados do século XX e início século XXI, em busca de compreender como a procriação foi sendo moldada à história da mulher e da família, num movimento gradativo, ajustado às mudanças de cada época, até alcançar os nossos dias.

Nesse caminhar, sem abrir mão do lugar de mãe, ela conquistou espaços dentro e fora do lar, em escalada cada vez mais crescente. Diante das dificuldades e restrições a ela impostas, aprendeu a utilizar estratégias e formas sutis, sem abdicar dos atributos que a natureza lhe dotou. Assim, foi tecendo modos de resistência sem, contudo, descuidar da sua vida e daqueles à sua volta. Testemunhou muitas mudanças; ganhou, perdeu, sofreu; não abriu mão de nenhuma conquista; acumulou novas responsabilidades.

Não obstante o homem contemporâneo já admitir participar das tarefas domésticas e do cuidado com os filhos, ele ainda encontra resistência dessa mulher que parece não querer abrir mão do poder conquistado no âmbito da casa e da família. A propósito, quando perguntamos às participantes acerca da ajuda prestada pelos maridos nos cuidados com os múltiplos, respostas como “ajuda ao modo dele”, “sempre precisando de um empurrãozinho”, “nunca do jeito que eu faço” expressam posição de controle delas sobre eles, talvez resquícios da postura machista, típica da sociedade tradicional, que não reconhecia no homem a capacidade de desempenhar, a contento, atividades dentro do lar.

Consequência de avanços econômicos, sociais e tecnológicos, a reprodução assistida trouxe consigo problemas e soluções: mulheres que há muito desejavam ser mães e nem mais expectativas alimentavam voltaram a ter esperanças; entretanto, paralelo aos ganhos, paga-se alto preço pela conquista, além do sofrimento físico e emocional que impõe à mulher.

Na base dessa discussão, há o fato de que a mulher atual, apesar de todas as mudanças que tem protagonizado, ainda se deixa capturar, de maneira geral, pela ideia de a maternidade se constituir a sua realização suprema, embora, em muitos casos, a satisfação de tal desejo signifique tão só, uma resposta às expectativas e cobranças de amigos e familiares. Para as mulheres desta pesquisa, ser mãe se constitui valor social importante,

embora já existam estudos que apontam para um número crescente de mulheres que têm optado por não ter filhos.

Com este estudo, pudemos constatar que a reflexão sobre a temática não se esgota na discussão acerca da experiência de uma mulher recorrer à reprodução assistida e se tornar mãe de múltiplos bebês. Ele nos permitiu refletir sobre o caminhar da ciência quando insiste na produção de vidas em laboratório, ainda que, em alguns casos, talvez não seja a opção mais acertada. E mais: diante de tantas possibilidades oferecidas à mulher contemporânea, talvez a ciência tenha cometido excessos, pois há limites físicos e ou emocionais que, se levados em consideração, provavelmente se contraindicaria o uso da reprodução assistida.

Provavelmente seja esse o caso da mãe que, após se submeter, por sete vezes consecutivas, a tratamento longo e doloroso para engravidar e, por fim, ter dado à luz bebês múltiplos, disse querer ter mais um filho sob a alegação de que “quer ter um filho para cuidar dele” (*sic*). Talvez, por haver canalizado as suas energias para “ter filhos” e não para “ser mãe”, ela não tenha podido viver as angústias que toda essa experiência lhe causou, e, conseqüentemente, a oportunidade de cuidar, de acolher e de reconhecer cada um deles como filho. É como se existisse uma meta a ser atingida – ter filhos – e era preciso alcançá-la. Quando, enfim, esses filhos nasceram, quiçá como fruto do exercício de uma função social, as angústias apareceram. Se eles foram o resultado de mera idealização, não há lugar para investimento emocional; sem investimento, não há entrega à experiência; e assim, novas idealizações poderão continuar acontecendo.

As narrativas trouxeram, também, o dado de que as três participantes só desejavam ser mães pela via do filho biológico, embora seus maridos tivessem sugerido adoção. Mesmo assim, ainda que pagando alto preço, elas preferiram optar pela reprodução assistida, já que esta lhes traria “o filho do mesmo sangue” (*sic*) tão desejado. Isso realça a força do discurso biologizante da ciência, o que requer reflexão no sentido da sua descontinuidade, haja vista o fato de vivermos num país que tanto padece com o problema da infância abandonada.

Se as narrativas ressaltaram o tema da adoção, trouxeram também a possibilidade de reflexão acerca do preconceito que a envolve. No Brasil, cresce, a cada dia, a lista de crianças a serem adotadas; e paralelo, cresce, também, o número de famílias interessadas na adoção. No entanto, a criança buscada pela maior parte dos pretendentes precisa ser do

sexo feminino, de cor branca, de preferência até dois anos de idade e sem graves problemas de saúde. Diante de tais exigências, é de se esperar que continue crescendo o número de crianças e adolescentes no aguardo de adoção assim como o de mulheres a recorrer à reprodução assistida.

Ao buscarmos a experiência dessas mulheres, constatamos que elas mais falaram dos seus medos e angústias do que dos prazeres de serem mães nas condições mostradas ao longo deste trabalho. A começar pelo confronto com a infertilidade, todo o processo se mostrou fonte de ansiedade e de muito sofrimento. Viver o luto imposto por tal impossibilidade logo foi atropelado pelo misto de sentimentos exigido pela busca da reprodução assistida. Em seguida, o ato da concepção se revelou especialmente constrangedor, por deixar de ser um ato privado, vivido a dois, para acontecer no espaço estéril de uma clínica de fertilização, conduzido por uma equipe médica. No mesmo cenário, foram produzidos os embriões excedentes, fonte de preocupação e de angústia para as mães e seus maridos.

Daí, uma questão se coloca em evidência: por que produzir embriões excedentes, quando o que se discute é a vida humana? Estocar vida nos parece posição arriscada demais. Tal questão se revelou mobilizadora para essas mães porque levantou perguntas para as quais talvez nunca encontrem resposta: “Por que foram produzidos embriões em excesso?” “Congelá-los para implantar quando? Para descartá-los em seguida?” “Ou para doá-los?” “E se foram implantados em alguém?” “Que destino foi dado aos embriões que pedi para que fossem congelados?” (*sic*). Das três entrevistadas, *Sol Nascente* foi a que demonstrou maior inquietação; segundo ela, embora tenha solicitado ao especialista que criopreservasse os embriões excedentes, ao voltar ao consultório, para discutir sobre a destinação deles, foi informada do não congelamento. Ao relembrar o assunto, bastante emocionada, disse-nos que “ali já havia uma vidinha iniciada” (*sic*), deixando transparecer toda a sua angústia por não saber o direcionamento dado aos embriões.

A questão é complexa e tem desdobramentos. Ao cientista cabe promover avanços e oferecer à humanidade os elementos capazes de auxiliá-la na superação de obstáculos; no entanto, deve preservar a capacidade de pensar no outro e de se identificar com ele. Nesse sentido, ainda que, sob os ditames da ciência, prospere uma lógica utilitária a serviço da vida, de igual modo ela também clama, e com urgência, por dispositivos éticos e técnicos capazes de discipliná-la nos vários sentidos de sua prática.

Como todo estudo viabiliza o aparecimento de questões para além dos objetivos previstos, com este não foi diferente. O tema dos “embriões excedentes” reacende a discussão acerca dos limites dos procedimentos e das várias responsabilidades implicadas em tal processo. No Brasil, ainda não há legislação específica normatizadora da matéria, o que dá margem a ocorrerem distorções éticas as mais diversas. A propósito, há mais de 10 anos, tramita no Congresso Nacional, sem avanços, projetos de lei no sentido de legalizar o uso da reprodução assistida no país. Polêmicas de ordem ética, filosófica, jurídica e religiosa se acumulam, dificultando o andamento do processo. Enquanto isso, a prática da reprodução assistida continua sendo disciplinada por uma resolução do Conselho Federal de Medicina, a qual, embora de indiscutível importância em face do vácuo legal existente, revela-se insuficiente ante a abrangência do tema.

Outro aspecto que merece a nossa consideração diz respeito à falta de acolhimento a essas mães nas várias etapas do processo. Vivenciaram sofrimento solitário em relação aos medos e inseguranças relativas ao tratamento e às fragilidades apresentadas por seus bebês ao nascer. Poder contar com serviço especializado que as acolhesse em suas dificuldades talvez as tivesse ajudado a viver com mais leveza toda a experiência. Não haver contado com tal apoio se revelou ainda mais evidente na questão da prematuridade dos bebês e da permanência deles em UTI neonatal. Em nenhum dos três hospitais onde se encontravam os seus bebês, foi reservado espaço físico e ou de acolhimento às referidas mães. Elas, recém-operadas, deslocavam-se “de uma incubadora a outra, sem ter um lugar para sentar” (*sic*). Na falta do mínimo suporte, restava-lhes contar com a solidariedade das outras mães ali presentes, sustentando-se mutuamente, inclusive na escuta dos medos e dos sofrimentos vividos por elas.

Por vários aspectos, podemos dizer, os desgastes físico e emocional provocados pela forma de procriação aqui investigada conferem à maternidade, nesses termos, feições próprias na qual o convívio com a “situação de excesso” se constitui a marca dessa experiência. Da mãe se espera uma adoção em bloco – de vários bebês ao mesmo tempo - nem sempre possível de acontecer.

Cuidar, acolher, reconhecer, diferenciar cada bebê implica criar laços e formar vínculos a partir das peculiaridades de cada criança, em tudo diferindo do mero cumprimento de tarefas requeridas no dia a dia. À mãe cabe a responsabilidade de criar um ambiente primário de sustentação, condição essencial para que os seus bebês possam

recriá-lo repetidas vezes, pela vida afora, de um jeito próprio e criativo, capaz de impulsioná-los no sentido de um amadurecimento saudável.

Porém ser o principal agente desse processo mostrou-se desafiador para as mães entrevistadas, haja vista o fato de, repetidas vezes, elas se terem referido à experiência como algo “traumatizante” (*sic*). Considerem-se, também, os tantos medos vividos ao longo de todo o processo – medo de morrer, de abortar, de não conseguir amamentar os filhos, medo de que eles morressem, de seu casamento não resistir aos desafios –, constituindo-se, assim, um obstáculo a mais que não deve ser esquecido por quem se interessar por discutir a questão. A sobrecarga foi tamanha, que acabaram adoecendo várias vezes. Nessa perspectiva, embora os estudos ainda sejam incipientes, já se discute o fato de que elas podem ficar mais suscetíveis ao desenvolvimento de câncer de mama e ou de útero em consequência das excessivas doses de hormônio recebidas durante o tratamento. *Dia e Noite*, por exemplo, teve os cistos de sua mama aumentados, o que lhe custou muito estresse e, ao final, uma cirurgia.

Por tudo isso, importa não perder de vista que a lógica orientadora deste estudo esteve pautada em referencial teórico que imaginamos o mais adequado à discussão que pretendíamos entabular; no entanto, convém considerar, trata-se de teoria datada, compatível com as questões de seu tempo.

Em alguns aspectos, quando a confrontamos com temática própria de nossa época, novas possibilidades nos foram reveladas - isso aconteceu, por exemplo, quando tomamos as noções de **mãe devotada comum, de ambiente facilitador**, ou mesmo **de mãe suficientemente boa** e as confrontamos com a “noção de excesso” admitida em nossa reflexão como típica da experiência vivida por uma mãe de múltiplos submetida ao tratamento da reprodução assistida. Essa mãe experimentou excesso na estimulação hormonal, nas tentativas para engravidar, no número de filhos que teve, na infraestrutura que precisou montar para recebê-los, entre tantos outros.

Na perspectiva winnicottiana, a mãe suficientemente boa não é “a mais”, nem “a menos”, é aquela que, na identificação com o seu bebê, oferece aquilo de que ele precisa. Porém o excesso das angústias por ela vividas acaba por interferir na sua capacidade de dedicar-se aos seus bebês e de se identificar com eles. Assim, é de se esperar que uma mulher ensimesmada, voltada para si, não consiga colocar-se como **uma mãe devotada comum** diante de seus vários bebês. Ademais, convém considerar, essa mãe também é múltipla no



sentido de que cada filho a captura de maneira distinta; então, ela precisa está investida em tal condição, identificada com cada um deles em suas várias necessidades. Ser ambiente facilitador implica oferecer as condições adequadas para cada criança, naquela díade específica, “nem mais”, “nem menos”.

Ressalte-se, ainda, como peculiaridade trazida pelas mães-participantes como algo típico da fratria multigemelar, a companhia que os irmãos se fazem. Isso funciona, na maioria das vezes, como uma relação compensatória que, além de fazê-los perceber, mais cedo, a presença do outro, os ajuda a suportar mais facilmente as ausências da mãe. As alianças e parcerias criadas por esses irmãos acabam por supri-los em algumas de suas necessidades. Nesse sentido, muitas vezes, é possível contar com a presença do irmão, com seu calor e aconchego, nos momentos de frio ou quando se sentem sós – dado que, curiosamente, pode conter um elemento a mais a ser acrescentado, quando se discute a noção de **ambiente facilitador** no contexto dos filhos múltiplos.

Por fim, se o caminho da reprodução assistida tem sido cada vez mais buscado pela mulher contemporânea, é preciso que ela encontre da parte das várias áreas do saber implicadas nesse processo formas mais seguras e menos dolorosas de lidar com a situação. Assim, espera-se que ela consiga fazer desta uma experiência gratificante, que a leve a desfrutar, com mais leveza, dos prazeres que a maternidade lhe pode oferecer; que a ajudem a ser mãe, e não simplesmente a ter filhos.

## **7. REFERÊNCIAS**

- Abram, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda.
- Arreguy, M. E.; Garcia, C. A. (2002). Algumas aproximações entre o ciúme, a melancolia e o masoquismo. *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte, 8, (11), 111-122.
- Altamira, L. L.(2011). *A criança hospitalizada: um estudo sobre a atuação do psicólogo hospitalar* (Monografia de Conclusão da PUCMG). Disponível em: <[HTTP://www.webartigos.com/artigos/a-crianca-hospitalizada-um-estudo-sobre-a-atuacao-do-psicologo-hospitala56348/](http://www.webartigos.com/artigos/a-crianca-hospitalizada-um-estudo-sobre-a-atuacao-do-psicologo-hospitala56348/)> Acessado em: 27 mar 2014.
- Araujo, M. F. (2009). Gênero e família na construção de relações democráticas. In: T. Féres-Carneiro (Org.). *Casal e família: permanências e rupturas*. (pp. 9-23). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bagnoli, R. V.; Izzo, C. R.; Pereira, P. A. Izzo, V. M. & Fonseca, A. M. (2000). Infertilidade: como diagnosticar e tratar. *RBM. Caderno de Ginecologia e Obstetrícia*, 57, 6-14.
- Balmaceda, R., Fernandez, O., Fernandez, E., Fabres, V., Huidobro, A., Sepúlveda, J., & Zegers, F. (2001). *Tener un hijo: Conociendo la infertilidad y los caminos para resolverla*. Santiago: Publicações Técnicas Mediterrâneo
- Baltazar, D. V. S. Gomes, R.F.S., & Cardoso, T.B. (2010). Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. *Revista SBPH*, 13 (1), 2-18.
- Barros, G & Pachuk, C. (2001). *Los hijos de La fertilización asistida*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Benjamin, W. (1994). O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: Benjamin, W. Obras escolhidas. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. (pp.197-221). São Paulo: Brasiliense.
- Berquó, E. (1998) Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In: L.M. Schwarcz (Org.) *História da Vida Privada no Brasil 4. Contrastes da intimidade contemporânea*. (pp.411- 437) São Paulo: Companhia das Letras.
- Braga, M. G. R. & Amazonas, M.C.L.A. (2004). Família: Procriação/Infertilidade/Gênero. In: M.C.L.A. Amazonas & A.O.Lima (Orgs). *Família: diversos dizeres*. (pp. 187-204) Recife: Bagaço.
- Braga, M. G. R. (2005). *Maternidade e tecnologias de procriação na contemporaneidade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade Católica de Pernambuco. Recife.
- Braga, M. G.R. (2006). Mulher e maternidade contemporâneas: reflexões sobre a adoção. In: M. C L. A. Amazonas; A. O. Lima & C. M. S. B. Dias. (Orgs.). *Mulher e Família: diversos dizeres* (pp. 43-63). São Paulo: Oficina do Livro Editora.
- Braga, M. G. R. & Amazonas, M. C. L. A. (2006). Reprodução assistida e subjetivação infantil. *Psychê*, São Paulo, 10, (19), 129-148.
- Braga, M. G. R. & Amazonas, M. C. L. A. (2009). Reprodução assistida e subjetivação infantil. In: E. F. L. Oliveira, S. S. Ferreira & T. A. Barreto (Orgs.) *As Interfaces da Clínica com bebês* (pp.395-407). Recife: NINAR- Núcleo de Estudos Psicanalíticos.
- Brasil, Constituição (2005). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. São Paulo: Saraiva.

- Brasil. Conselho Nacional de Justiça - CNJ - (2013). *Encontros e Desencontros da adoção no Brasil: uma análise do Cadastro Nacional de Adoção do Conselho Nacional de Justiça*. Disponível em: <[WWW.tjms.jus.br/estaticos/infanciaejuventude/pesquisas/AnaliseCadastroNacionalAdocao\\_CNJ.pdf](http://www.tjms.jus.br/estaticos/infanciaejuventude/pesquisas/AnaliseCadastroNacionalAdocao_CNJ.pdf)> em: .> Acessado 16 mai 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança /Ministério da saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/publicações/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/publicações/pnds_crianca_mulher.pdf). Acessado em: 09 mar 2015.
- Brauner, M. C. C. (2003). *Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético*. Rio de Janeiro: Renovar.
- Brazelton, B. (2002). A hospitalização. In: B. Brazelton (Org.). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. (pp. 361-368). São Paulo: Martins Fontes.
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Camerini, G. G. (2013). Adelantandose a la vida: Los recién nacidos prematuros y sus padres. *Aletheia* 40, 07-13.
- Cardoso, A. R. (2011). *Avós no século XXI: mutações e rearranjos na família contemporânea*. Curitiba: Juruá.
- Carvalho, M. C. B. (2007). O lugar da família na Política Social. In: M. C. B. Carvalho (Org.) *A família contemporânea em debate*. (pp.15-22). São Paulo: Cortez.
- Castells, M. (2000). *O poder da identidade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Castro, E. K. & Piccinini, C.A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3), 625-635.
- Cavalcante, E. & Cavagna, M. (2009) Fatores de risco e prevenção da infertilidade. In: R.M. Melamed; L. Seger; E. Borges Jr. et al. *Psicologia e Reprodução Humana Assistida: uma abordagem multidisciplinar*. (pp.03-07) São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Cavagna, M. (2009). Ética e bioética em reprodução humana assistida. In: R.M. Melamed; L. Seger, L.; E. Borges Jr., et al. *Psicologia e Reprodução Humana Assistida: uma abordagem multidisciplinar*. (pp.34-38). São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Cervený, C. M. O. (2006). A mulher e a Família no século XXI. In: M. C. L. A. Amazonas; A. O. Lima & C. M. S. B. Dias (Orgs.). *Mulher e Família: diversos dizeres*. (pp.15-25) São Paulo: Oficina do Livro Editora.
- Chatel, M. M. (1995). *Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução*. Rio de Janeiro: Campo matêmico.
- Collucci, C. (2011). Casal é suspeito de abandonar um dos trigêmeos em hospital; publicado na *Folha de São Paulo*, C4 cotidiano, 02 Abr 2011.
- Cordeiro, P. M. (2012). *Pais, filhos e avós: a importância dessa relação*. Disponível em: [http://www.iacep.com.br/pdf/textos-cotidianos/Pais,%20filhos%20e%20av%C3%B3s%20a%20import%C3%A2ncia%20dessa%20rela%C3%A7%C3%A3o%20\(Patricia%20Motta\).pdf](http://www.iacep.com.br/pdf/textos-cotidianos/Pais,%20filhos%20e%20av%C3%B3s%20a%20import%C3%A2ncia%20dessa%20rela%C3%A7%C3%A3o%20(Patricia%20Motta).pdf). Acessado em: 10 dez 2014.

- Corrêa, M. (2003). Medicina Reprodutiva e desejo de filhos. In: M.P. Grossi; R.M. Porto & M. Tamanini (Orgs.) *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios* (pp. 31-38). Brasília: Letras Livres.
- Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM No. 2.013/2013*. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>. Acessado em: 15 Dez 2014.
- Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM No. 2.121/2015*. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>. Acessado em: 05 Out 2015.
- Dias, C. M. S. B. & Fonseca, C. M. S. M. S. (Orgs.) (2013). *Gêmeos: O que dizem os pais, irmãos e eles próprios?* Curitiba: Editora CRV.
- Dias, E. O. (2003). *A Teoria do amadurecimento de D.W.Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Diniz, G. (2009). O casamento contemporâneo em revista. In: T. Féres-Carneiro (Org.). *Casal e Família: permanências e rupturas*. (pp.135-156). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dornelles, L.M.N., & Lopes, R.C.S. (2010). Desafios para a maternidade no contexto da reprodução medicamente assistida: terceiro mês do bebê. *Estudos de Psicologia*, 15, (3), 251-257.
- Eiguer, A. (2013). *Votre Maison vous revele: comment être bien chez soi*. Éditions Michel Lafon.
- Farinati, D. (2009). As causas multideterminadas da infertilidade. In: R.M. Melamed; L. Seger & E. Borges Jr.et al. *Psicologia e Reprodução Humana Assistida: uma abordagem multidisciplinar*. (pp.45-50) São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Favarato, M. D. S. & Gagliani, M. L. (2008). Atuação do Psicólogo em unidades infantis. In: B.W. Romano (Org.) *Manual de psicologia clínica para hospitais* (pp.75-116). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, A. B. H. (2001). *Mini Aurélio Século XXI*. O minidicionário da língua portuguesa. Brasília: Editora Nova Fronteira.
- Féres-Carneiro, T. & Magalhães, A. S. (2005). Conjugalidade dos pais e projeto dos filhos frente ao laço conjugal. In: T. Féres-Carneiro (Org.). *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. (pp. 111-121). Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio.
- Figueira, S. (1987). O “moderno” e o “arcaico” na família de classe média brasileira: notas sobre a dimensão invisível da mudança social. In: S. A. Figueira (Org.) *Uma nova família? O moderno e o arcaico na família de classe média brasileira*. (pp. 11-30). Rio de Janeiro: Zahar.
- Fleck, A & Piccinini, C. A. (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º. Mês após a alta. *Aletheia* 40, 14-30.
- Foucault, M. (1993). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Fonseca, C. (2010). Família e parentesco na Antropologia contemporânea. In: L.F.Duarte, & C. B. Martins (Orgs.) *Horizontes das Ciências Sociais no Brasil: Antropologia*. (p.132). São Paulo: ANPOCS.
- Fonseca, C. M. S. M. S.& Crespo, R. M. (2008). Ser pais de gêmeos: lugar de desafios e de aprendizagens. In: *10ª Jornada de Iniciação Científica Pibic-Unicap*. Pibic Católica 10 Anos. Recife: Printer Gráfica & Editores. 01 CD ROM.

- Fonseca, C. M. S. M. S. & Torres, K.A. (2008). Ser irmão de gêmeos: as peculiaridades dessa relação. In: *10ª. Jornada de Iniciação Científica Pibic-Unicap*. PIBIC CATÓLICA 10 anos. Recife: Printer Gráfica & Editores. 01 CD Rom.
- Fonseca, C. M. S. M. S. & Crespo, R. M.(2009). Reprodução Assistida e gemelidade: o que pensam os pais a esse respeito? In: 11ª. Jornada de Iniciação Científica Pibic-Unicap, 11. Recife: FASA. *Anais Eletrônicos*.
- Freitas, M. de; Siqueira, A. A F. Siqueira & Segre, C. A. M. (2008). Avanços em reprodução assistida. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 18, (1) Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822008000100012&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822008000100012&script=sci_arttext&tlng=es)> Acessado em: 28 abr. 2015.
- Freyre, G. (1998). *Casa-Grande & Senzala*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Gama, A. S. (2010). Entre o trabalho e a família: contradições das respostas públicas às reconfigurações da divisão sexual do trabalho. In: M. J. Duarte & M.M.T. de Alencar. *Família & Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas* (pp. 95-113). Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- Gasparini, E. V. R. (2009). Quando o paciente simula o desejo de ter filhos. O que fazer? In: R. M. Melamed; L. Seger & E. Borges Jr. et al. *Psicologia e Reprodução Humana Assistida: uma abordagem multidisciplinar*. (pp. 103-109). São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Giaretta, L. P. (2007). *Infertilidade e...quadrigêmeos!: a história de uma família*. São Paulo: Marco Zero.
- Giddens, A. (1994). *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Editora UNESP.
- Golombok, S., Ollivennes, F., Ramogida, C., Rust, J. & Freeman, T. (2007). The Follow-up team. Parenting and the psychological development of a representative sample of triplets conceived by assisted reproduction. *Human Reproduction*, 22, (11) 2896-2902. (Advance Access publication on September 26, 2007).
- Gomes, A.L.H. (2004). A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicologia Hospitalar*, 2 (2). Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-4092004000200004&script=sciarttext>> Acessado em: 15 jan 2014.
- Guazzelli, M. P. & Vaz, C. E. (2000). Infertilidade e atendimentos psicológicos: intervenções possíveis. *Psico*, Porto Alegre, 31(1),151-169.
- Guedes, M.E.F. (1995) Gênero: o que é isso? *Psicologia: Ciência e Profissão* 15, (1.2.3), 04-11.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2009). *Síntese de indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil, 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009, (Estudos e pesquisas, n. 25, Informação demográfica e socioeconômica). Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicisociaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicisociaude.pdf)>. Acessado em: 27 set. 2012.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. *Censo demográfico 2010. Famílias e Domicílios. Resultados da Amostra*. Censo demográfico, RJ, 2010. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/censos/censo\\_demografico\\_2010/familias\\_e\\_domicilios/censo\\_fam\\_dom.pdf](http://ftp.ibge.gov.br/censos/censo_demografico_2010/familias_e_domicilios/censo_fam_dom.pdf)>. Acessado em: 08 mar 2015.

- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W. (2002). Entrevista narrativa. In: M.W. Bauer & G. Gaskel (Orgs). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (pp. 90-113). Petrópolis: Vozes.
- Kehl, M.R. (2003). Em defesa da família tentacular. *Artigos e Ensaios*. Disponível em: <<http://www.mariaritakehl.psc.br/PDFendefesadafamiliatentacular.pdf>>. Acessado em: 11 jul 2014.
- Klein, M. M. de S. & Guedes, C. R. (2006). Intervenção psicológica com grupo de acompanhantes da pediatria: relato de experiência. *Psicologia Hospitalar*. (São Paulo), 4 (2), 121-145.
- Labaki, M. E. P. (2007). Ter filhos é o mesmo que ser mãe? *Jornal de psicanálise*, São Paulo, 40 (72). 75-87.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1992). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laville, C., & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Lazaratou, H. & Golse, B. (2006). Du désir à l'acte: lês enfants de la procréation médicalement assistée (PMA). *La psychiatrie de l'enfant*, v. 49, p. 573-599. Article disponible em ligne à l'adresse: <http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2006-2-page-573.htm>.
- Lima, M. G. S. (2004). Atendimento psicológico da criança no ambiente hospitalar. In: W. Bruscatto, C. Benedetti & S. Lopes (Orgs.). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo*. (pp. 81-134). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Loparic, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Natureza Humana. Revista de Filosofia e Psicanálise*, 5, (1). 21-47.
- Lopes, R. C. S.; Dornelles, L. M. N. (2010). Desafios para a maternidade no contexto da reprodução medicamente assistida: terceiro mês do bebê. *Estudos de Psicologia* (Natal). 15 (3) Disponível em: <[WWW.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2010000300004&script=sci\\_arttext](http://WWW.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2010000300004&script=sci_arttext)> Acessado em: 18 Dez 2014.
- Louro, G.L. (2008). *Um corpo estranho: ensaios sobre a sexualidade e Teoria Queer*. Belo Horizonte: Editora Autêntica.
- Luna, N. (2005). Natureza humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 12 (2), 395-417.
- Luna, N. (2007). *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Lustosa, M. A. (2007). A família do paciente internado. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Rio de Janeiro, 10 (1), 67-81.
- Malmstrom, P. M. & Poland, J. (2004). *Criando filhos gêmeos*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.
- Maluf, V. (2008). *Fertilidade & maternidade: o desejo de um filho*. São Paulo: Atheneu.
- Makuch, M.Y. (2001). *Vivências de homens e mulheres do Programa de Fertilização In Vitro da UNICAMP*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Campinas, São Paulo.

- Makuch, M. Y. (2006). Gênero e reprodução assistida: novas fases e velhas questões. In: R.M.M. Melamed & J. Quayle, J. (Orgs.) *Psicologia em reprodução assistida: experiências Brasileiras*. (pp.21-33). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Makuch, M.Y e Kahalle, E.P. (2009). Estudos em psicologia e reprodução humana assistida. In: R.M. Melamed; L. Seger & E. Borges Jr. et al. *Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar*. (pp.143-164). São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Mamede, F. V. (2000). *Aspectos psicossociais da infertilidade: um estudo monográfico*. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Enfermagem, Ribeirão Preto.
- Mansur, L. H. B. (2003). *Sem filhos: a mulher singular no plural*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marquez, I. S. M. A. B. (2010). *Gêmeos, subjetividade e narcisismo: especificidades interferentes*. São Paulo: Escuta.
- Mehl, D. (2011). La famille contemporaine au prisme des procréations médicalement assistées. *Cliniques méditerranéennes*, 2011/1 no. 83, p. 95-108. Article disponible en: <http://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2011-1-page-95.htm>.
- Melamed, R.M.M. & Quayle, J., (Orgs.) (2006). *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mioto, R. C. T. (2008). Famílias e Políticas Sociais. In: I. Boschetti; E.R. Behring; S.M.M. Santos & R.C.T. Mioto (Orgs.). *Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas* (pp.130-148). São Paulo: Cortez.
- Ministério da Saúde. (2005). *SUS oferecerá reprodução assistida*. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id\\_area=832](http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=832). Acessado em: 29 set 2014.
- Morgenstern, A. & Gueller, A.S. (2012). Reprodução assistida e constituição subjetiva dos filhos múltiplos. *Pediatria Moderna*, 48 (6). Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5042](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5042)>. Acessado em: 21 jan 2012.
- Moura, M. D. de; Souza, M. C.B. de & Scheffer, B.B. (2009). Reprodução assistida. Um pouco de história. *Revista da SBPH*, v.12 n. 2. Rio de Janeiro. dez. 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582009000200004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582009000200004&script=sci_arttext)>. Acessado em: 27. Abr. 2015.
- Oliveira, D. R.; Rocha, D. S.; Colissi, J. C. & Sifuentes, M. (2013). A mulher contemporânea e a maternidade tardia. *Anais da amostra científica do Cesuca*, 2013. Disponível em: [http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/512/pdf\\_73](http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/512/pdf_73). Acessado em: 10 dez 2014.
- Osuna, M. J. (2006). Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia. *Revista Mulidisciplinar Gerontologia*, 16 (1), 16-25.
- Palácios, E. & Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista Chilena Neuro-psiquiatria*, Santiago, 38, (2) 94-103.
- Passos, M. C. (2005). Nem tudo que muda, muda tudo: um estudo sobre as funções da família. In: T. Féres-Carneiro (Org.) *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. Rio de Janeiro: ED-PUC-Rio.



- Passos, M. C. Fonseca, C. M. S. M. S. & Lima, A. O. (2013). O desafio de se tornar mãe de múltiplos bebês: reflexões sobre o processo de singularização dos filhos. *Aletheia* 40, 146-158.
- Pedreira, S. (2000). Malformação do bebê e maternidade: impacto de uma psicoterapia. In: C. Rohenkohl, C. (Org.). *A clínica com o bebê*. (pp. 125-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Phillips, A. (2006). *Winnicott*. Aparecida, SP: Idéias e Letras.
- Pinto, E.B; Graham, S.; Igert, B. & Solis-Ponton, L. (2004). A criança prematura: implicações da parentalidade. In: M.C.P. Silva (Org.). *Ser Pai, Ser Mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp.177-178) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pinto, V. C.; Amazonas, M. C. L. A (2006). Ser mulher... In: M.C.L.A. Amazonas; A.O. Lima & C.M.S.Dias (Orgs.). *Mulher e Família: Diversos Dizeres*. (pp. 27- 42). São Paulo: Oficina do Livro Editora.
- Quayle, J. (2009). Embriões Excedentes: Relações Afetivas – Abandonos e Questões Éticas. In: R.M. Melamed; L. Seger & E. Borges Jr.et al. *Psicologia e Reprodução Humana Assistida: uma abordagem multidisciplinar*. (pp.133-139). São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Queiroz, T.C.N. (2005). *Do desmame ao sujeito*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Quintas, F. (2000). *A mulher e a família no final do século XX*. Recife: FJN, Editora Massangana.
- Ramirez, M. (2003). Questões e desafios decorrentes da fabricação de bebês. In: *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios*. (pp.109-120). Brasília: Letras Livres.
- Ramírez-Gálvez, M. C. (2006). A fertilização tecnológica dos nossos corpos. In: V. Ferreira; M. B. Ávila & A.P. Portella (Orgs.). *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*. Recife: SOS corpo – Instituto Feminista para a democracia.
- Rede feminista de saúde. Rede Nacional Feminista de Saúde - Direitos Sexuais e reprodutivos (2003). *Dossiê Reprodução Humana Assistida*.
- Ribeiro, M. F. R. (2003). *Psicanálise e Infertilidade: Desafios Contemporâneos*. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Ribeiro, M. F. R. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rocha-Coutinho, M. L. (1994). *Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Rocha-Coutinho, M. L. (2005). Variações sobre um tema antigo: a maternidade para mulheres com uma carreira profissional bem-sucedida. In: T. Féres-Carneiro (Org.) *Família e Casal: efeitos da contemporaneidade*. ( pp.122-137). Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio.
- Rocha-Coutinho, M. L. (2011). De volta ao lar: mulheres que abandonaram uma carreira profissional bem sucedida com o nascimento dos filhos. In: T. Féres-Carneiro (Org.). *Casal e Família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia*. (pp.133-148). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Rocha-Coutinho, M. L. (2013). A difícil arte de harmonizar família, trabalho e vida pessoal. In: T. Féres-Carneiro. (Org.). *Casal e Família: transmissão, conflito e violência*. (pp.12-33). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Rohden, F. (2003) – Debate – Parte I. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios – In: M. P. Gross; R.M. Porto & M.Tamanini (Orgs.). *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios*. (pp. 89-106). Brasília: LetrasLivres.
- Rufo, M. (2003). *Irmãos: como entender essa relação*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Safra, G. (1993). O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: M.E.L. da Silva (Coord.) *Investigação e Psicanálise*. (pp.119-132). Campinas. São Paulo: Papyrus.
- Safra, G. (1996). O Que Há de Novo Na Psicanálise: O Homem! *Psicanálise e Universidade*. São Paulo, 4, p. 61-64.
- Safra, G. (2004). *A Po-Ética na Clínica Contemporânea*. São Paulo: Idéias & Letras.
- Sarti, C. A.(2004). A família como ordem simbólica. *Psicologia USP*, 2004, 15 ( 3), 11-28. Disponível em: <WWW.scielo.br/pdf/pusp/v15n3/24603.pdf. Acessado em: 04 ago 2014.
- Sarti, C. A (2008). Famílias enredadas. In: A.R. Costa & M.A.F. Vitalle (Orgs.). *Família: rede, laços e políticas públicas*. São Paulo: Cortez.
- Schneider, C. M. & Medeiros, L. G. (2011). Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. *Unoesc & Ciência*, 2 (2), 140-154.
- Segatto, C. (2010). O “pai” de milhões de bebês. *Revista Época*, 11 de outubro de 2010, edição 647. (pp.78-79). Ciências & Tecnologia. São Paulo: Editora Globo.
- Senado Federal (2013). Realidade brasileira sobre adoção. *Em discussão! Revista de audiências públicas do Senado Federal*. Ano 4. No. 15. Maio de 2013. Disponível em: [WWW.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussão/adocao/realidade-brasileira-sobre-adocao.aspx](http://WWW.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussão/adocao/realidade-brasileira-sobre-adocao.aspx)>. Acessado em: 04 fev 2015.
- Silva, I. M.; Lopes, R.C.S. (2011). Relação Conjugal no contexto de Reprodução Assistida: o tratamento e a gravidez. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*., 27 (4), 449-457. Disponível em: <WWW.Scielo.br/pdf/ptp/v27n4/08.pdf>. Acessado em: 15 jan 2015.
- Souza, S. L. (2009). Alterações Emocionais como Causas da infertilidade. In: R.M. Melamed; L. Seger & E. Borges Jr. et al. *Psicologia e Reprodução Humana Assistida: uma Abordagem Multidisciplinar*. (pp.51-59). São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Souza, K. M. O. & Ferreira, S.D. (2010). Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 471-480.
- Souza, M. C. B. de & Moura, M. D. de (2009). Reprodução assistida: a importância dos limites, ou a construção dos diálogos. In: R.M. Melamed , L. Seger & E. Borges Jr.et al. *Psicologia e Reprodução Humana Assistida: uma Abordagem Multidisciplinar*.(pp.65-69) São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Squires, C.; Jouannet, P.; Wolf, J-P.; Carbrol, D. & Kuntsmann, J.-M. (2008). Psychopathologie et procréation médicalement assistée: comment les couples infertiles élaborent-ils la demand d’enfant? *Médecine & Hygiène/Devenir*.v. 20, pp.135-149. Article disponible en ligne à l’adresse: <http://www.cairn.info/revue-devenir-2008-2-page-135.htm>.
- Tamanini, M. (2003). *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Tomé, C. & Duarte, S. (2011). Nascimento de gêmeos aumenta 17% no país em menos de uma década. *Estadão*, 24 Dezembro 2011. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,nascimento-de-gemeos-aumenta-17-no-pais-em-menos-de-uma-decada-imp-,815053>> Acessado em: 28 dez 2014.
- Torres, K. A. T. & Adrião, K. G. (2014). Feminismo em tempos de tecnocegonha: uma discussão acerca das novas tecnologias reprodutivas. *Revista Psicologia e Saúde*. 6 (1) Campo Grande. Disponível em: <[pepsic.bvsalud.org/sielo.php?pid=s2177-093x2014000100008&scrip=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/sielo.php?pid=s2177-093x2014000100008&scrip=sci_arttext)> Acessado em: 12 dez 2014.
- Trindade, Z. A. & Enumo, S. R. F.(2002). Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. *Revista de Psicologia, USP*, São Paulo, 13 (2) 151- 182. Disponível em: [WWW.sapientia.pucsp.br/tde\\_busca/arquivo.php?codarquivo=2083](http://WWW.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codarquivo=2083). Acessado em: 12 mai 2015.
- Turato, E. G. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Venturi, G., Recamán, M. & Oliveira, S. (Orgs) (2004). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.
- Vivian, A. G., Rocha, C.C., Agra, K.P., Krummenauer, C., Bevenuto, D.K., Timm, J.S. & Souza, F. P. (2013). “Conversando com os pais”: relato de experiência de intervenção em grupo de UTI pediátrica. *Aletheia* 40, 174-184.
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda (Original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1980). *A família e o desenvolvimento individual*. Belo Horizonte, MG: Interlivros. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W. (1982). Gêmeos. In: D.W. Winnicott. *A criança e seu mundo*. (pp.154-165) RJ: Editora LTC. (Original publicado em 1957)
- Winnicott, D. W. (1982). O bebê como pessoa. In: D.W. Winnicott. *A criança e o seu mundo*. (pp. 83-88) Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1949).
- Winnicott, D. W. (1983). Os doentes mentais na prática clínica. In: D.W.Winnicott. *O Ambiente e os processos de maturação*. (pp. 196-206.) Porto Alegre: Artmed Editora. (Original publicado em 1979).
- Winnicott, D. W. (1983). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: *O Ambiente e os processos de maturação*. (pp. 225-233) Porto Alegre: Artmed Editora. (Original publicado em 1979).
- Winnicott, D. W. (1987). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1984 a)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1954).
- Winnicott, D. W. (1993). Preocupação materna primária. In: D. W. Winnicott. *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (1993b). *Conversando com os pais*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1993).

- Winnicott, D. W. (1997). *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original publicado em 1996).
- Winnicott, D. W. (2000). Preocupação materna primária. In: D. W. Winnicott. *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (2001) *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1965).
- Winnicott, D. W. (2002). A mãe dedicada comum. In: D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães*. (pp.1-11). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1987).
- Winnicott, D. W. (2002). O recém-nascido e sua mãe. In: D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães*. (pp. 29-42). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1987).
- Winnicott, D. W. (2002). O ambiente saudável na infância. In: D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães*. (pp. 51-59). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1987).
- Winnicott, D. W. (2002). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: D.W. Winnicott. *Os bebês e suas mães*. (pp.79-92) São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1987).
- Zibini, M.V. C. & Vasconcelos, M. C. B. (2006). Infertilidade e Adoção: algumas reflexões. In: R.M.M. Melamed, & J. Quayle. (Orgs.) *Psicologia em reprodução assistida: experiências Brasileiras*. (pp. 243- 259). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zimerman, D. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed.

# APÊNDICE

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA ÀS DIFICULDADES DE SE TORNAR MÃE DE MÚLTIPLOS BEBÊS

Nós, Albenise de Oliveira Lima e Maria Consuelo Passos, professoras e pesquisadoras da Universidade Católica de Pernambuco, juntamente com Célia Maria Souto Maior de Souza Fonsêca, doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco, estamos convidando você, mãe de múltiplas crianças geradas em decorrência de processo de reprodução assistida para participar, como voluntária, de uma pesquisa sob nossa coordenação. Assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você, enquanto mãe de múltiplos bebês estará dando o seu consentimento livre e esclarecido para que participe como voluntária do projeto de pesquisa supracitado.

Assinando este termo de consentimento, você estará ciente de que:

1. O objetivo geral da pesquisa é investigar a condição de mulheres que buscaram a reprodução assistida e se tornaram mães de múltiplos bebês procurando compreender como elas têm lidado com essa condição. Como objetivos específicos, pretendemos analisar a reprodução assistida e seus impactos sobre a relação das mães com seus filhos múltiplos; discutir as implicações psíquicas produzidas pela reprodução assistida sobre a gravidez e saúde dessas mulheres, sem deixar de discutir a noção winnicottiana de ambiente e suas implicações na relação mãe-bebê.
2. Sua participação nesta pesquisa se constituirá em responder a uma entrevista individual, que partirá de uma questão aberta sobre a sua experiência de ser mãe de múltiplos bebês, gerados em consequência de reprodução assistida, com duração de mais ou menos uma hora, a ser gravada pela pesquisadora.
3. Foram dadas todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa.
4. Você estará livre para interromper, a qualquer momento, sua participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
5. Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo. Os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho expostos acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada. A pesquisadora guardará em seu poder a transcrição das entrevistas por um período de 5 (cinco anos). Após esse período o material será incinerado.
6. Os benefícios relacionados com a sua participação refletirão sobre as famílias que possuem filhos múltiplos gerados por processo de reprodução assistida, e conseqüentemente, contribuirão para um lidar com as peculiaridades, dificuldades e gratificações que essa filiação propicia.

7. Não há riscos físicos ou de saúde relacionados à sua participação. No entanto, poderá ocorrer constrangimento de sua parte, em falar sobre tema da sua intimidade. Caso isso ocorra, lembramos o nosso respeito e sigilo sobre o material coletado.

8. No caso de necessitar apresentar recurso ou reclamações em relação à pesquisa, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco, que funciona na Pró-reitoria Acadêmica da UNICAP, localizada na rua Almeida Cunha, 245, Santo Amaro, Bloco G4, 8º andar, CEP 50050-480, Recife, Pernambuco, Brasil, ou através do telefone (81) 2119-4376, Fax (81) 21194004, endereço eletrônico: [pesquisaprac@unicap.br](mailto:pesquisaprac@unicap.br)

9. Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar, a qualquer momento, suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Dados da Orientadora da Pesquisa:

Nome: Profa. Dra. Albenise de Oliveira Lima

Endereço: Universidade Católica de Pernambuco, Rua Almeida Cunha, 245, Santo Amaro, Bloco G4, 7º andar, sala BE.

Telefone: 081 – 21194066

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Orientadora da Pesquisa:

Dados da Pesquisadora:

Nome: Célia Maria Souto Maior de Souza Fonsêca

Endereço: Rua Édson Álvares, 211/101- Ed. Cristalle

Casa Forte – Recife - PE

Telefone: 081 – 34417447

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora:

**DECLARAÇÃO PÓS-LEITURA:**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco, com endereço acima descrito.

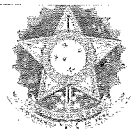
Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa:

Documento de Identidade número: \_\_\_\_\_

# ANEXOS





**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## RESOLUÇÃO CFM Nº 2.013/2013

(Publicada no D.O.U. de 09 de maio de 2013, Seção I, p. 119)

Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº 1.957/10.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

**CONSIDERANDO** a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la;

**CONSIDERANDO** que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários casos de problemas de reprodução humana;

**CONSIDERANDO** que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5.5.2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva (ADI 4.277 e ADPF 132);

**CONSIDERANDO** a necessidade de harmonizar o uso destas técnicas com os princípios da ética médica;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de abril de 2013,

### RESOLVE:

**Art. 1º** Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos.

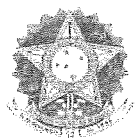
**Art. 2º** Revoga-se a Resolução CFM nº 1.957/10, publicada no D.O.U. de 6 de janeiro de 2011, Seção I, p. 79, e demais disposições em contrário.

**Art. 3º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 16 de abril de 2013.

**ROBERTO LUIZ D'AVILA**  
Presidente

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**  
Secretário-geral



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## **NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

### **I - PRINCÍPIOS GERAIS**

**1** - As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar a resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação.

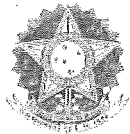
**2** - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente, e a idade máxima das candidatas à gestação de RA é de 50 anos.

**3** - O consentimento informado será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, das pessoas a serem submetidas às técnicas de reprodução assistida.

**4** - As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.

**5** - É proibida a fecundação de oócitos humanos, com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.

**6** - O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos faz-se as seguintes recomendações: a) mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres entre 40 e 50 anos: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.

**7** - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

## **II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA**

**1** - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre a mesma, de acordo com a legislação vigente.

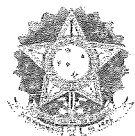
**2** - É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico.

## **III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA**

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição, transferência e descarte de material biológico humano para a paciente de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos:

**1** - um diretor técnico responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição;

**2** - um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**3** - um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos pacientes das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;

**4** - Os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.

#### **IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES**

**1** - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.

**2** - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

**3** - A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e 50 anos para o homem.

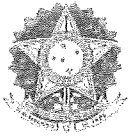
**4** - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

**5** - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente.

**6** - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais que duas gestações de crianças de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.

**7** - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível, deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

**8** - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participarem como doadores nos programas de RA.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

9 - É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, onde doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.

#### **V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES**

1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos e embriões e tecidos gonádicos.

2 - O número total de embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que decidam quantos embriões serão transferidos *a fresco*, devendo os excedentes, viáveis, serem criopreservados.

3 - No momento da criopreservação os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos embriões criopreservados, quer em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

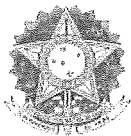
4 - Os embriões criopreservados com mais de 5 (cinco) anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes, e não apenas para pesquisas de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança.

#### **VI - DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DE EMBRIÕES**

1 - As técnicas de RA podem ser utilizadas acopladas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças.

2 - As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, com o intuito de seleção de embriões HLA-compatíveis com algum filho(a) do casal já afetado por doença, doença esta que tenha como modalidade de tratamento efetivo o transplante de células-tronco ou de órgãos.

3 - O tempo máximo de desenvolvimento de embriões "in vitro" será de 14 dias.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## **VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)**

As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou em caso de união homoafetiva.

**1** - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima), em todos os casos respeitada a idade limite de até 50 anos.

**2** - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

**3** - Nas clínicas de reprodução os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente:

- Termo de Consentimento Informado assinado pelos pacientes (pais genéticos) e pela doadora temporária do útero, consignado. Obs.: gestação compartilhada entre homoafetivos onde não existe infertilidade;

- relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional da doadora temporária do útero;

- descrição pelo médico assistente, pormenorizada e por escrito, dos aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA, com dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta;

- contrato entre os pacientes (pais genéticos) e a doadora temporária do útero (que recebeu o embrião em seu útero e deu à luz), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;

- os aspectos biopsicossociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal;

- os riscos inerentes à maternidade;



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

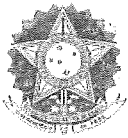
- a impossibilidade de interrupção da gravidez após iniciado o processo gestacional, salvo em casos previstos em lei ou autorizados judicialmente;
- a garantia de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério;
- a garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;
- se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável, deverá apresentar, por escrito, a aprovação do cônjuge ou companheiro.

#### **VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST-MORTEM**

É possível desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

#### **IX - DISPOSIÇÃO FINAL**

Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM nº 2.013/13

No Brasil, até a presente data não há legislação específica a respeito da reprodução assistida. Transitam no Congresso Nacional, há anos, diversos projetos a respeito do assunto, mas nenhum deles chegou a termo.

Considerando as dificuldades relativas ao assunto, o Conselho Federal de Medicina produziu uma resolução – Resolução CFM nº 1.957/10 – orientadora dos médicos quanto às condutas a serem adotadas diante dos problemas decorrentes da prática da reprodução assistida, normatizando as condutas éticas a serem obedecidas no exercício das técnicas de reprodução assistida.

A Resolução CFM nº 1.957/10 mostrou-se satisfatória e eficaz, balizando o controle dos processos de fertilização assistida. No entanto, as mudanças sociais e a constante e rápida evolução científica nessa área tornaram necessária a sua revisão.

Uma insistente e reiterada solicitação das clínicas de fertilidade de todo o país foi a abordagem sobre o descarte de embriões congelados, alguns até com mais de 20 (vinte) anos, em abandono e entulhando os serviços. A comissão revisora observou que a Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/05), em seu artigo 5º, inciso II, já autorizava o descarte de embriões congelados há 3 (três) anos, contados a partir da data do congelamento, para uso em pesquisas sobre células-tronco. A proposta é ampliar o prazo para 5 (cinco) anos, e não só para pesquisas sobre células-tronco.

Outros fatores motivadores foram a falta de limite de idade para o uso das técnicas e o excessivo número de mulheres com baixa probabilidade de gravidez devido à idade, que necessitam a recepção de óvulos doados.

Esses aspectos geraram dúvidas crescentes oriundas dos Conselhos Regionais de Medicina, provocando a necessidade de atualizações.

O somatório dos fatores acima citados foi estudado pela comissão, em conjunto com representantes da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e Sociedade Brasileira de Genética Médica, sob a coordenação do conselheiro federal José Hiran da Silva Gallo.

Esta é a visão da comissão formada, que trazemos à consideração do plenário do Conselho Federal de Medicina.

Brasília-DF, 16 de abril de 2013.

**JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO**

Coordenador da Comissão de Revisão da Resolução CFM nº 1.358/92 – Reprodução Assistida



## RESOLUÇÃO CFM nº 2.121/2015

Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos – tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.013/13, publicada no D.O.U. de 9 de maio de 2013, Seção I, p. 119.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

**CONSIDERANDO** a infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la;

**CONSIDERANDO** que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários casos de problemas de reprodução humana;

**CONSIDERANDO** que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5 de maio de 2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva (ADI 4.277 e ADPF 132);

**CONSIDERANDO** a necessidade de harmonizar o uso dessas técnicas com os princípios da ética médica;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em de 16 de julho de 2015,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos.

**Art. 2º** Revogar a Resolução CFM nº 2.013/2013, publicada no D.O.U. de 9 de maio de 2013, Seção I, p. 119 e demais disposições em contrário.

**Art. 3º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 16 de julho de 2015.

**CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA**  
Presidente

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**  
Secretário-geral

## **NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

### **I - PRINCÍPIOS GERAIS**

**1** - As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação.

**2** - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para o(a) paciente ou o possível descendente, sendo a idade máxima das candidatas à gestação de RA de 50 anos.

**3** - As exceções ao limite de 50 anos para participação do procedimento serão determinadas, com fundamentos técnicos e científicos, pelo médico responsável e após esclarecimento quanto aos riscos envolvidos.

**4** - O consentimento livre e esclarecido informado será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico e ético. O documento de consentimento livre e esclarecido informado será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, obtida a partir de discussão bilateral entre as pessoas envolvidas nas técnicas de reprodução assistida.

**5** - As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças do filho que venha a nascer.

**6** - É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.

**7** - O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes determinações de acordo com a idade: a)

mulheres até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres com 40 anos ou mais: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.

**8** - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

## **II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA**

**1** - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente.

**2** - É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito a objeção de consciência por parte do médico.

**3** - É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade.

## **III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA**

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, pela coleta, pelo manuseio, pela conservação, pela distribuição, pela transferência e pelo descarte de material biológico humano para o(a) paciente de técnicas de RA. Devem apresentar como requisitos mínimos:

**1** - Um diretor técnico – obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição – com registro de especialista em áreas de interface com a RA, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados;

**2** - Um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, dos nascimentos e das malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas

envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.

## **V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES**

1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos, embriões e tecidos gonádicos.

2 - O número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos *a fresco*. Os excedentes, viáveis, devem ser criopreservados.

3 - No momento da criopreservação, os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento, de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

4 - Os embriões criopreservados com mais de cinco anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes. A utilização dos embriões em pesquisas de células-tronco não é obrigatória, conforme previsto na Lei de Biossegurança.

## **VI - DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DE EMBRIÕES**

1 - As técnicas de RA podem ser utilizadas aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças – podendo nesses casos serem doados para pesquisa ou descartados.

2 - As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, no intuito de selecionar embriões HLA-compatíveis com algum(a) filho(a) do casal já afetado pela doença e cujo tratamento efetivo seja o transplante de células-tronco, de acordo com a legislação vigente.

3 - O tempo máximo de desenvolvimento de embriões *in vitro* será de 14 dias.

## **VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)**

As clínicas, centros ou serviços de reprodução assistida podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou em caso de união homoafetiva.

## **EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.121/2015**

No Brasil, até a presente data, não há legislação específica a respeito da reprodução assistida (RA). Tramitam no Congresso Nacional, há anos, diversos projetos a respeito do assunto, mas nenhum deles chegou a termo.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) age sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da obediência aos princípios éticos e bioéticos, que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos.

Manter a limitação da idade das candidatas à gestação de RA até 50 anos foi primordial, com o objetivo de preservar a saúde da mulher, que poderá ter uma série de complicações no período gravídico, de acordo com a medicina baseada em evidências.

Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação da reprodução assistida foram detalhadamente expostos nesta revisão realizada pela Comissão de Revisão da Resolução CFM nº 2.013/13, em conjunto com representantes da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e Sociedade Brasileira de Genética Médica, sob a coordenação do conselheiro federal José Hiran da Silva Gallo.

Esta é a visão da comissão formada que trazemos à consideração do plenário do Conselho Federal de Medicina.

Brasília-DF, 16 de julho de 2015.

**JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO**

Coordenador da Comissão de Revisão da Resolução CFM nº 2.013/13 –  
Reprodução Assistida