Capítulo 4

Oposições nos campos semióticos do self: a emergência da agência pessoal

Vívian Volkmer Pontes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PONTES, V.V. Oposições nos campos semióticos do self: a emergência da agência pessoal. In: *Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação* [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 120-143. ISBN: 978-85-232-2009-9. <https://doi.org/10.7476/9788523220099.0006>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

CAPÍTULO 4

Oposições nos campos semióticos do
self: a emergência da agência pessoal

Narrativa autobiográfica da trajetória reprodutiva de Ana no contexto público de saúde

É como um vazio que vai ser preenchido. (Ana)

Ana tem 32 anos de idade, vive em união consensual com o parceiro há 10 anos e possui trajetória reprodutiva marcada por quatro gestações que resultaram em um óbito neonatal e três bebês natimortos. A narrativa construída acerca das suas quatro gestações gira em torno das muitas dificuldades enfrentadas no decorrer dessas e que resultaram, invariavelmente, nas perdas. Descreve detalhadamente os aspectos negativos destas experiências – em geral vivenciadas sem o apoio da sua rede social –, tendo como cenário o itinerário percorrido nos serviços públicos de saúde, marcado por negligências e omissões.

A sua primeira gestação, não planejada e ocorrida aos 21 anos de idade, foi marcada por enjoos – que eram amenizados apenas quando ingeria alimentos com sal –, e por edema generalizado no corpo. Em razão desse último sintoma, recebeu o apelido de “barriga de elefante” – atribuído por algumas pessoas da sua rede social próxima. Ana realizava o acompanhamento pré-natal na rede pública de saúde, sendo acompanhada por um médico obstetra e uma nutricionista. Todo mês auferia a pressão arterial no posto de saúde. Refere incompreensão entre o fato de estar sendo acompanhada por profissionais de saúde e, mesmo assim, ter desencadeado uma pré-eclâmpsia na gravidez:

Agora o que eu não entendi é que eu estava fazendo o pré-natal todo mês, que ele [médico] verificava a minha pressão todo mês, porque eu inchei tanto? Além de eu estar sendo acompanhada pelo obstetra, eu estava sendo acompanhada pela nutricionista, e a nutricionista não me explicou que eu não podia comer sal.

Ana relata que na época tinha um relacionamento atribulado com o namorado. Ele não concordou com a gravidez e sugeriu que ela provocasse o aborto: “*ele falou que se eu quisesse ele me dava remédio pra tirar*”. Ana chegou a cogitar a possibilidade de interromper a gestação, mas após conversar com a sua mãe decidiu dar prosseguimento à gravidez:

Eu liguei pra minha mãe... porque eu tava na dúvida se eu ia deixar ou se eu ia tirar, aí ela disse que não era pra tirar, que eu já tinha feito muito por ela, e que tava na hora dela fazer por mim. Aí isso me deu uma força muito grande, entendeu, pelo fato de eu saber que eu podia contar com a minha mãe, com os meus irmãos.

No sétimo mês de gestação, no entanto, em decorrência de sintomas como o edema generalizado no corpo, visão borrada e pressão arterial elevada, o médico que a acompanhava no posto de saúde recomendou-lhe que buscasse uma maternidade. No entanto, Ana relata dificuldade para conseguir atendimento médico em uma das maternidades públicas existentes na cidade do Salvador, sendo a principal razão a ausência de leitos disponíveis. Relata que essa situação lhe trouxe ansiedade, repercutindo na elevação da sua pressão arterial:

*Eu não consegui ser atendida logo no dia que o médico mandou, aí no outro dia de manhã cedo eu fui lá pra Cajazeiras, acho que é Albert Einstein o nome da maternidade, aí chegou lá não tinha vaga... **aí eu fiquei ansiosa, fiquei nervosa, a pressão aumentou mais ainda.** Aí foi lá que eles decretaram o pré-eclâmpsia. Aí me botaram na ambulância e me levaram pro Roberto Santos, aí chegando lá eles verificaram a minha pressão, e viram que eu tinha que fazer o parto.*

Ana foi submetida a um parto cesárea de emergência – em decorrência do diagnóstico médico de pré-eclâmpsia –, tendo o bebê nascido vivo. Porém, em função da ausência de vagas na UTI neonatal do hos-

pital, o bebê prematuro foi mantido na sala do parto até o dia seguinte – quando, então, foi levado para a incubadora. Para Ana, a conduta da equipe de saúde – de manter o bebê na sala de parto – consistiu na razão para a ocorrência do que ela denominou de “infecção pulmonar”, e na subsequente morte neonatal alguns dias depois: *“pelo fato da criança desprotegida numa sala de parto, eu acho que se tivesse botado na UTI, ele teria sobrevivido, porque ele não nasceu com problema nenhum, depois é que foi detectada a infecção pulmonar”*.

Nas circunstâncias prévias à morte neonatal, Ana relata ter visto o bebê, que descreveu como parecendo *“que não tinha pele, não tava rosado... parecia que tava em carne viva”*. Apesar da precária condição física do bebê, Ana diz lembrar que era um menino e que possuía alguns traços faciais semelhantes aos dela e aos do parceiro.

Na primeira noite após o parto, relata ter tido um sonho premonitório sobre a morte iminente do bebê: *“eu comecei a sonhar com caixão,... e só ouvindo alguém chamar a emergência para o berçário, chamando o pediatra para o berçário, só chamando, chamando, chamando, e eu só sonhando com caixão roxo”*. No dia seguinte, relata que a equipe médica comunicou-lhe sobre o óbito: *“a criança não sobreviveu e eu graças a Deus, sobrevivi, sofri muito, mas superei”*.

Durante a experiência de internação, parto prematuro e morte neonatal, um dos aspectos considerado mais difícil para Ana consistiu na ausência de apoio emocional do namorado – que a deixou sozinha na situação da perda –, bem como na ausência da família, que desconhecia o local no qual ela havia sido internada. Relata ter solicitado aos profissionais de saúde que avisassem a alguns membros familiares onde estava, mas, apesar da solicitação, permaneceu sete dias sem qualquer contato. Ana acredita que essa situação implicou na manutenção do seu quadro hipertensivo:

Quando eu fui da maternidade pública para o Roberto Santos, eu fiquei sem contato nenhum com a minha família, eu fiquei sete dias sem a minha família saber onde eu andava... Eu fiquei agoniada, acho que foi justamente por isso que

estavam me dando remédio pra baixar a pressão, e a pressão não queria baixar, e eu só pedindo: “ligue pra minha família, ligue pra minha família, eles não sabem onde estou”.

A segunda gestação, ocorrida após aproximadamente dois anos da primeira e também não planejada, foi descrita como “bem-vinda”, na medida em que Ana se encontrava em outro relacionamento, com um parceiro “mais responsável” e “feliz com a gestação”. O relato dessa gravidez faz referência às dores sentidas na região abdominal, no terceiro trimestre de gestação, e ao itinerário terapêutico percorrido nos serviços públicos de saúde na tentativa de solucionar esse problema. Há a lembrança do momento em que percebeu que os movimentos fetais haviam cessado, já com quase nove meses de gestação, e da procura por um atendimento médico nos serviços de saúde. Ana relata a confiança na orientação médica de que os movimentos fetais nem sempre ocorriam, levando-a a regressar para a casa sem submeter-se a qualquer exame clínico: *“disseram que a criança também dormia, que também não mexia 24 horas por dia... aí eu também fiquei na minha... o médico dizia, eu acreditava”.*

Dias depois, ao sentir algumas contrações uterinas, Ana decide adiar a ida à maternidade, na medida em que precisava realizar uma avaliação acadêmica na escola em que concluía o segundo grau do ensino médio. Porém, por ter se sentido mal, precisou retornar para casa. Como resultado, o parto ocorreu em casa, sendo realizado por uma vizinha que era enfermeira, e acompanhada pelo parceiro. Ana deu à luz a um bebê natimorto do sexo feminino. Em seu relato, evidencia-se a contradição entre uma suposta tranquilidade atribuída ao fato de ter sofrido a perda em casa (em vez do hospital), e, por outro lado, o longo tempo necessário para superação dessa perda:

Eu perdi em casa, não foi em hospital, perdi em casa... foi mais tranquila, assim, não sei, não sei, eu levei um tempão pra poder superar... Eu lembro que eu chorava muito mesmo, mas depois eu me conformei, talvez porque, tinha muita gente que ‘tava’ do meu lado, sabe, toda hora chegava um... eu não me deixei abater.

Decorrido sete meses, Ana engravidou novamente e, mais uma vez, sem qualquer planejamento prévio. Em contraste ao apoio oferecido pelo parceiro em sua segunda gestação – que se mostrava feliz com a ideia de ter um filho –, na terceira gestação a reação do parceiro foi a de incentivá-la a abortar: *“ele não gostou, queria, porque queria que eu tirasse”*. No entanto, na medida em que Ana não concordou em induzir o aborto, os conflitos entre o casal tiveram início: *“aí foi quando ‘começou’ as críticas, ‘começou’... os maus tratos, assim, verbal, aí ‘começou’ as discussões”*. Os conflitos só foram minimizados quando ela ingressou no segundo trimestre da gestação: *“quando chegou, assim, do quinto mês, do quarto mês em diante, ele se acalmou mais... porque não ia ter jeito a dar, e aí acabou aceitando”*. Apesar disso, a aceitação por parte do parceiro limitava-se a não insistir mais no aborto.

Em sua narrativa sobre a terceira gestação, Ana focaliza os problemas que ocorreram ao longo desta, como a perda de líquido amniótico, a impossibilidade de realizar o acompanhamento pré-natal devido à greve da polícia militar na cidade, a perda de exames e documentos, entre outros incidentes. Em relação à perda de líquido amniótico, Ana relata ter buscado assistência médica, mas a informação recebida pelos profissionais de saúde foi a de que *“não era nada de mais”*.

Aos sete meses de gravidez, ao sentir fortes dores na região abdominal, Ana buscou atendimento médico. Porém, a orientação transmitida foi de que, apesar das dores e do retardo no desenvolvimento do bebê, ela deveria retornar para a casa. Tal orientação foi seguida apesar da percepção de que havia algo errado:

Simplesmente mandaram ir pra casa e aguardar, mas só que eu percebi, porque quando a médica me examinou eu senti que a luva saiu cheia de sangue... Eu percebi que não tava nada normal, mesmo assim eu fiquei tranquila, tranquila vírgula, né, porque a minha pressão subiu logo.

Na medida em que as dores se intensificaram, Ana retornou à maternidade algumas horas depois, quando então ocorreu a perda gestacional.

Descreve que, desta vez, a reação à perda foi a de “*desespero*” e vontade de ficar sozinha: “*não queria [ouvir] voz de ninguém, não queria ver cara de ninguém, não queria falar com ninguém*”. Também relata que chegou a ver o bebê no momento em que a médica fez o parto, era uma menina, que descreve como um “*bolo de carne*”, “*bem pequenininho*”, com peso de “*meio quilo e pouco, porque ela tava com o desenvolvimento de cinco meses*”. O bebê foi autorizado a permanecer no hospital, não havendo qualquer tipo de ritual fúnebre ou certidão de óbito. Vale destacar que a reação emocional intensa frente a mais uma perda parece ter se dissipado ao retornar para casa: “*mas, passou, fui para a casa bem, e ficou*”. Após a perda, o parceiro “*evitava tocar no assunto*”, o que é interpretado por Ana como uma reação positiva, já que ele não a responsabilizou pelo ocorrido.

Após a terceira perda gestacional, Ana relata ter firmado um acordo com o parceiro no qual fariam uso regular de algum método contraceptivo, a fim de evitar uma nova gravidez. Porém, o uso inadequado deste os levou a outra gravidez, aproximadamente dois anos depois. Ana relata que nessa gestação tinha ainda mais “*esperança*” de que “*poderia dar certo*”, empenhando-se pessoalmente para isto. Deste modo, procurou um posto de saúde a fim de receber um acompanhamento pré-natal, explicando à equipe de saúde a sua história anterior de perdas gestacionais recorrentes. Apesar dos seus esforços em compartilhar suas percepções e experiências prévias à médica do pré-natal, achou que não foi bem compreendida. Afinal, a médica lhe receitou um medicamento para “*segurar a criança*”, visto que “*ela achava que eu tinha algum tipo de dilatação no útero... mas na verdade não era por dilatação, era a pressão que aumentava... eu disse a ela*”.

Dias depois, Ana retorna ao mesmo posto com um quadro hipertensivo, o que parece surpreender a médica: “*aí ela falou: ‘não entendi nada... trabalhei certinho com você, não tou entendendo nada’*”. Ana, então, respondeu: “*mas eu avisei a senhora que a coisa acontecia de uma hora para outra*”. Outro momento crítico ocorreu quando a mesma médica constatou que os batimentos fetais estavam alterados. Ana é encaminhada

para realizar uma ultrassonografia de emergência, quando outra médica afirmou-lhe que não havia problemas. Neste momento, porém, Ana interveio, dizendo: *“não, não está tudo ok, não, porque eu não estou sentindo a criança mexer”*. A partir desta intervenção, o exame é novamente realizado, quando então houve a confirmação da alteração dos batimentos cardíacos do bebê: *“quer dizer, se eu não tivesse dito isto a ela, eu ia pra casa normal, feliz da vida, e ia acontecer o que? O mesmo que aconteceu com os outros, como acabou acontecendo”*.

A partir do diagnóstico de alteração dos batimentos cardíacos fetais, um itinerário terapêutico precisou ser percorrido – sem companhia e através do transporte público –, do posto de saúde para uma maternidade que não possuía vaga, desta para outra maternidade especializada em prematuridade, onde constataram que sua pressão arterial estava ainda mais elevada, exigindo procedimentos médicos de emergência. Deram-lhe medicamentos para induzir o parto, o que a levou a sentir muitas dores e resultou na morte do bebê, que continuou retido em seu útero. Diante dessa situação, foi necessário introduzir outro medicamento – conhecido popularmente como Citotec – como último recurso antes de cogitar um parto cesáreo, o que acabou por expulsar o bebê natimorto. Ana relata a intensa dor física sentida devido a esses procedimentos: *“foi muito doloroso, me machucou muito, machucou mesmo... era tanto sangue que parecia que o meu útero tinha diluído assim e virado tudo em sangue”*. A indução do parto e a consequente morte fetal trazem uma recordação muito dolorosa para Ana:

Acho que isso foi... a parte que mais me machucou, porque eu sabia que ela (a criança) ‘tava’ viva, então isso, me machucou muito... foi a gestação que mais doeu... Quando me disseram que ‘tava’ vivo, mas que eu ia ter que tomar remédio pra poder abortar, aí isso me machucou muito.

Também possui algumas lembranças do bebê: *“eu lembro que a criança nasceu perfeita... sem faltar nada”*. A criança era um menino, o que era desejado pelo parceiro: *“era o que ele mais queria... o que ele mais quer é um filho homem”*.

Muitas intercorrências clínicas fizeram-se presentes após a quarta perda gestacional como hemorragia, dor, infecção urinária, infecção hospitalar, entre outros, levando a um longo tratamento médico. Além disso, Ana também buscou um tratamento psicológico, na medida em que a última experiência de perda despertou-lhe, entre outras coisas, crises de ansiedade e síndrome fóbica a determinadas situações: *“essa última... me machucou muito, e o que me deixou com esse problema de, de medo, de engravidar de novo, me deixou com medo de ver acidente, medo de ver pessoas mortas”*.

A fim de engravidar novamente, Ana recorreu a um atendimento médico especializado em aborto de repetição em uma maternidade pública.

As dinâmicas no âmbito do *self*: processos dialógicos envolvidos na autorregulação semiótica

A trajetória reprodutiva de Ana apresenta-se marcada por perdas gestacionais tardias, ocorridas em decorrência do desencadear de distúrbios hipertensivos na gravidez, dos obstáculos no acesso à assistência prestada pelos serviços públicos de saúde e da relação monológica estabelecida entre médico-paciente. Ao longo desse percurso, a posição subjetiva de Ana caracterizou-se pela subserviência diante das mensagens comunicativas provenientes do outro social – internalizadas como hierarquicamente superiores aos seus próprios pensamentos, sentimentos e sensações. Do ponto de vista da teoria do *self* dialógico, pode-se afirmar que as posições do Eu internas eram subjugadas pelo “outro social” – que, por sua vez, exercia uma relação de dominância no âmbito do *self*. Vale ressaltar que a dinâmica do *self* dialógico implica em variabilidade na construção do “outro social” em diferentes níveis de abstração e generalização: esse “outro” pode ser uma pessoa real, uma construção pessoal de “outros sociais” reais ou imaginários, “outros sociais” no domínio intrapsicológico, ou ainda a criação de “vozes” dos “outros”. (Valsiner, 2012)

Assim, a primeira gestação de Ana configurou-se em um evento não planejado e alvo de uma série de sugestões sociais contraditórias entre si. Entre as sugestões sociais mais significativas, destaca-se a voz do namorado que sugeriu a indução do aborto: *“se eu quisesse, ele me dava remédio pra tirar”*. Tal sugestão levou Ana a cogitar essa trajetória no campo de possibilidades de ação futura: *“eu ‘tava’ na dúvida se eu ia deixar, ou se eu ia tirar”*. Porém, outra voz significativa é convidada a se expressar, a voz materna, que se mostra irrevogavelmente contrária a essa possibilidade e hierarquicamente superior às demais vozes no âmbito do *self* – visto que Ana decide seguir a orientação materna: *“ela disse que não era pra tirar, que eu já tinha feito muito por ela, e que ‘tava’ na hora dela fazer por mim, aí isso me deu uma força muito grande”*.

Nessa situação em particular, pode-se notar o processo de autorregulação da cultura pessoal de Ana (ver Figura 4), na medida em que ela criou, simultaneamente, possibilidades – ao refletir sobre a trajetória potencial de induzir o aborto – e meios para garantir que tal possibilidade não pudesse se realizar – ao indagar à sua própria mãe (mulher que teve nove filhos e nunca induziu o aborto) sobre essa trajetória alternativa. Ou seja, ao evocar a voz materna, Ana bloqueia essa possível ação futura e, com efeito, o aborto é excluído de qualquer possibilidade de realização. A escolha pelo não aborto – significado que se amplia englobando a noção de maternidade – harmoniza-se com o contexto cultural no qual ambas, mãe e filha, encontram-se inseridas, onde a noção de maternidade é fortemente associada à identidade e ao papel social feminino, enquanto que a noção de aborto associa-se a um ato criminoso. A maternidade, carregada de valor socialmente, é pessoal e gradativamente internalizada por Ana de modo singular, ao longo da experiência de gestações e perdas. O tornar-se mãe passa a constituir uma importante posição do Eu potencial – dirigida para o futuro –, que se revela dominante até mesmo quando Ana entra em conflito com o novo parceiro, que também sugere o aborto, bem como com a própria mãe que, em um momento posterior, a incentiva a desistir de tentar engravidar novamente.

Figura 4 – Processo de autorregulação da cultura pessoal

Fonte: elaboração da autora.

Outro aspecto que merece destaque consiste no posicionamento subjetivo de Ana de subordinação frente às orientações médicas, desconsiderando a sua experiência anterior, bem como a percepção de que tais orientações não pareciam ser as mais adequadas. Passiva frente à sua própria condição de saúde, submete-se à negligência institucional sem dar voz aos seus sentimentos e sentidos, deixando-se conduzir a recorrentes insucessos gestacionais:

Eu percebi que a criança não tava mexendo mais, mas eu fui fazer o pré-natal e disseram que a criança também dormia, que também não mexia vinte e quatro horas por dia... aí eu também fiquei na minha... o médico dizia, eu acreditava.

Eu já tinha ido no Iperba, por causa que eu tava perdendo líquido, disseram que não era nada de mais, que era só pra repetir os exames... só que não deu tempo de fazer os exames... eu acabei perdendo.

Eu comecei a sentir umas dores fortes na barriga, aí eu fui pro Caribé, quando chegou lá disseram que eu tava com desenvolvimento de cinco meses, mas também não me disseram que eu tava perdendo, simplesmente mandaram ir pra casa

e aguardar, mas só que eu percebi, porque quando a médica me examinou eu senti que a luva saiu cheia de sangue, aí eu percebi que não tava normal, mesmo assim eu fiquei tranquila, tranquila vírgula, né, porque minha pressão subiu logo.

Deste modo, a partir da perspectiva teórica do *self* dialógico, pode-se afirmar que as vozes coletivas (posições externas) parecem ocupar um lugar hierárquico de dominância sobre a voz pessoal (posições internas), que se mostra submissa a essas. Essa relação de dominância destaca-se, especialmente, na relação estabelecida com os médicos.

Ao considerar a narrativa construída por Ana, evidencia-se a função psicológica de criar distinção entre “eu” (paciente) *versus* “eles” (os médicos). Aos médicos, Ana adicionou o valor positivo de saber legítimo sobre o seu próprio corpo, sobre a sua própria vida e saúde. Para ela, os médicos representavam a autoridade do conhecimento sobre a biologia feminina no período gravídico-puerperal. Assim, valores foram adicionados à descrição desse outro: o que eles (os médicos) fazem e dizem é hierarquicamente superior ao que ela pensa, sente ou é capaz de dizer. Essa adição de valor conduziu à autorreflexão sobre possibilidades de ação – no caso, obedecer às prescrições médicas. Ana, então, abstém-se a agir de modo diferente – mesmo quando pensa nessa possibilidade –, pois atribui aos médicos uma valoração positiva: eles sabem mais do que ela. Daí, a propensão a agir em decorrência da adição de valor ao significado. Afinal, “a realidade das relações humanas ocorre em contextos sociais configurados como campos orientados para metas, em que as distinções particulares do tipo que adiciona valor tornam-se a base para negociações reais de poder e para diversas formas de discriminação social”. (Valsiner, 2012, p. 113)

A distinção Eu/Eles deve ser acrescida, então, de uma orientação para metas generalizadas ou imperativos morais. Ao paciente – como a própria palavra indica – cabe a obediência passiva ao saber especializado e, supostamente, científico da medicina; os médicos, por sua vez, devem usar o saber que possuem para “cuidar” do paciente. Ao que parece – tomando como base a ação empreendida nos contextos de saúde, conforme descrita por Ana –, os médicos também realizaram uma valoração

da paciente atendida. Afinal, tratava-se de uma mulher, negra, pobre, moradora da periferia da cidade, com pouca escolaridade. É possível que essas características – que não apenas a diferenciam desse outro, mas a tornam inferior, dado os estigmas sociais – tenham orientado o atendimento despersonalizado, mecânico, permeado por atitudes de pouco interesse para com as percepções e experiências relatadas por Ana. Deste modo, a relação médico-paciente caracterizou-se por ser do tipo monológica, na qual os médicos desconsideraram a subjetividade da paciente, inviabilizando a possibilidade de estabelecer com ela uma relação comunicativa. (Salgado & Gonçalves, 2007) E assim, a valoração das distinções feitas pelos médicos – do tipo negativo – implicou em uma desvalia do relato construído por Ana sobre a sua história reprodutiva. Com efeito, os médicos exerceram seu papel ligado ao poder – sobre o corpo e a vida de um outro considerado inferior – subestimando a narrativa da paciente. A Figura 5 ilustra essa distinção entre médicos e paciente, evidenciando o campo de ação delineado a partir da adição de valor ao significado:

Figura 5 – Distinção Eu-paciente *versus* Outro-médico

Fonte: elaboração da autora.

Entretanto, ao longo da trajetória reprodutiva de Ana algumas mudanças ocorreram em relação a esse ato de diferenciação da autonomia subjetiva sob a forma de extensiva devoção à autoridade médica. Isto porque, a experiência de perdas gestacionais recorrentes – ocorridas em detrimento da busca pela assistência à saúde oferecida por esse outro considerado superior e detentor do saber sobre os processos relacionados à saúde e à doença – pareceu suscitar uma reconstrução de significado. Essa reconstrução se tornou possível a partir da tensão estabelecida entre o “como se” (como se os médicos fossem os detentores de um saber infalível sobre os processos gravídico-puerperais) e o “como é” (os médicos têm um saber falível). A reflexividade sobre essa tensão pode ter sido o lócus de nascimento do tornar-se: o movimento em direção a um novo posicionamento subjetivo diante do outro.

Na quarta gestação, quando, mais uma vez, houve o desenvolvimento de um quadro hipertensivo, Ana conseguiu questionar a voz médica. E assim, diante da contradição entre os saberes de dois médicos – nos quais um deles afirmava o comprometimento fetal em decorrência do distúrbio hipertensivo, enquanto o outro não – Ana fez valer a sua própria percepção. Pela primeira vez, conseguiu dar voz aos seus pensamentos ao dizer: *“Não está tudo ok, porque eu não estou sentindo a criança mexer”*. Assim, houve a emergência de algo novo sob a base do previamente conhecido: da mesma experiência de pré-eclâmpsia na gravidez e da busca por assistência médica, houve a assunção de um protagonismo, de agentividade pessoal. Ana se posicionou como um agente ativo que se apropria, resiste e transforma os discursos sociais disponíveis, negociando o seu posicionamento subjetivo na relação com os outros sociais, em situações específicas. (Abbey & Falmagne, 2008; Falmagne, 2004) O que implicou na reconstrução dos seus sistemas de significado pessoais – pois passou a imprimir valor às próprias percepções, sensações e sentimentos – e no reposicionamento de outros significativos no âmbito do *self*, como os médicos e a sua própria mãe – construindo novas hierarquias semióticas. Mudanças significativas, então, se efetivaram no posicionamento subjetivo de Ana em relação ao seu próprio saber (sen-

timentos, sensações e significados pessoalmente construídos). Diante da negligência institucional, do descaso dos profissionais de saúde e das sucessivas perdas gestacionais, Ana foi intimada a inventar o seu próprio saber, convocada a circunscrever a gama de possibilidades futuras, forjando alguma estabilidade em um cenário repleto de incertezas, a fim de seguir em direção à maternidade.

Deste modo, ela recupera gradativamente a sua autonomia subjetiva, não só em relação à autoridade médica, mas também em relação a outros significativos da sua rede social próxima. Essa mudança em seu posicionamento subjetivo evidencia-se com mais clareza após a sua quarta perda gestacional. Depois de um longo período de transição não normativa em decorrência dessa perda, Ana decide voltar a engravidar. Mas, durante esse movimento subjetivo, defrontou-se com a oposição generalizada da sua rede de apoio. Pessoas significativas, tais como a sua mãe e o parceiro sugeriram oposição a esse movimento em direção à maternidade biológica:

Até a minha mãe falou assim: ‘Se eu fosse você, eu não tentava mais não, ficar correndo risco’. Aí eu falei: ‘Mas minha mãe, o que é o risco, a senhora não correu risco do meu irmão penúltimo, a senhora quase não morreu? Não engravidou de novo, não deu certo? Então? Se a gente não lutar, como é que vai saber que vai dar certo?’.

Ana, então, consegue argumentar e indagar o significado construído pelo outro – que se edifica enquanto obstáculo na realização da trajetória em direção à maternidade. Consegue reestruturar a hierarquia semiótica pessoalmente construída, permitindo que posições internas pudessem reassumir a dominância no território do *self*. E entre as vozes dessas posições internas, há aquela que argumenta que, entre tantas possibilidades futuras, há a trajetória que corresponde a “não perda”, ou seja, a trajetória do tornar-se mãe e ter um filho – possibilidade esta que passa a dominar sobre todas as demais.

Mediação semiótica e estratégias para construção de continuidade: emergência do sentimento de responsabilidade pessoal

Faz-se importante observar que em grande parte da narrativa construída por Ana, ela parece responsabilizar, quase que exclusivamente, os profissionais e os serviços de saúde pelos recorrentes insucessos gestacionais sofridos. Porém, durante o processo psicoterápico a que recorreu dois anos após a última perda gestacional, ela consegue implicar-se no problema e refletir sobre o remorso que sentia em relação a certas ações empreendidas nas gestações anteriores e que, de alguma maneira, podem estar relacionadas às perdas – tais como a profusa ingestão de sal na sua primeira gravidez. Ao abordar esse assunto, Ana chora muito e relata o quão difícil era assumir o seu saber, conhecê-lo e reconhecê-lo para si mesma. Há a emergência, então, de um sentimento de responsabilidade pessoal pela trajetória reprodutiva.

Vale ressaltar que, a busca pelo conselho de um “curador” culturalmente sancionado, com o qual é possível estabelecer uma relação de confiança e imaginar que essa pessoa será capaz de ouvir o que os outros não podem, fornece uma perspectiva e direção valiosa para Ana acerca de como a sua história de vida pode ser vivida diferentemente. (Neimeyer & Buchanan-Arvay, 2004) Deste modo, através da sua inserção nessa esfera da vida, ela consegue encontrar o reconhecimento acerca da realidade das perdas experienciadas, bem como a legitimação da sua dor e do seu processo de luto – muitas vezes não autorizados pela rede social próxima, o que a auxilia a integrar suas experiências passadas (memórias) no presente e, a partir disso, reconstruir suas perspectivas futuras. Através da psicoterapia, os processos de construção e reconstrução dos significados são promovidos, levando Ana a elaborar uma nova narrativa sobre si mesma. Afinal, são oferecidas oportunidades para novas posições do Eu emergirem ou posições não dominantes sobressaírem. Essa nova narrativa do *self* pode, então, orientá-la em direção ao futuro potencial imedia-

to, reduzindo a incerteza e mediando a relação com o mundo ao redor. (Ribeiro & Gonçalves, 2010; Valsiner, 2002)

Assim, um aspecto específico da emergência do sentimento de responsabilidade subjetiva configura-se na construção de sentido pessoal para a manutenção ou agravamento do quadro hipertensivo, desencadeado em suas gestações, em decorrência da elevação do nível de ansiedade, como ilustra o relato a seguir: *“Quando a médica me examinou eu senti que a luva saiu cheia de sangue, aí eu percebi que não tava normal, mesmo assim eu fiquei tranquila, tranquila vírgula, né, porque minha pressão subiu logo”*.

Retomando retrospectivamente sua experiência, construímos uma sequência hipotética e simplificada das intrincadas e complexas relações entre o corpo e suas reações com a codificação semiótica do campo afetivo (ver Figura 6). Em um primeiro momento, é possível que Ana tenha sentido algo “estranho”, “diferente” em seu corpo – corpo este que abriga a gravidez em desenvolvimento. Sente algo do qual não consegue especificar. Não se sente bem, há a sensação de um mal-estar físico, o que a faz buscar atendimento médico. A experiência subjetiva de ansiedade é precipitada pela construção de sentido pessoal de ameaça ou perigo a determinados eventos. No fragmento acima, a imagem do próprio sangue implicou na emergência de um signo indicador de complicação gestacional. No processo de construção do significado, a experiência reprodutiva de Ana no passado referencia o modo por meio do qual ela constrói um sentido do presente. Ao mesmo tempo, referencia também as imagens do futuro possível, que, com efeito, retroagem sobre o presente. Ou seja, há o aparecimento de pensamentos orientados para o futuro, em forma de pensamentos negativos antecipatórios, que se delineiam particularmente em proposições do tipo “e se”: “e se eu sofrer uma nova perda?”. Esses pensamentos ocasionam a emoção aqui descrita como ansiedade. Associados ao estado de ansiedade há o surgimento de reações biológicas ou fisiológicas, como a ampliação ou manutenção de um quadro hipertensivo. Essas reações implicam na emergência de outros signos (ex:

tensão corporal, respiração acelerada, taquicardia etc.) que, novamente, retroalimentam os significados de vulnerabilidade pessoal e, subsequente, o estado de ansiedade, levando a um ciclo afetivo-semiótico de manutenção do seu quadro hipertensivo.

Através de um movimento de introspecção, Ana consegue dar-se conta da influência do estado de ansiedade no agravamento da sua condição geral de saúde nas gestações anteriores. E, através do processo psicoterápico, consegue obter algum controle sobre o seu próprio estado emocional. Esses comportamentos, então, parecem evidenciar que Ana se percebe, pelo menos em parte, como responsável pelos eventos passados.

Juntamente com a emergência do sentimento de responsabilidade pessoal, outro sentimento fez-se presente: a sensação de ter algum controle sobre a situação, ou seja, de não estar tão à mercê dos acontecimentos, das contingências da vida. A assunção desse sentimento faz parte do movimento subjetivo iniciado por Ana de não submeter-se mais ao jugo do outro, e, então, de si mesma, de novo, tomar posse. (Nietzsche, 2004) Afinal, tornando-se responsável por si mesma coloca a direção da vida um pouco mais em suas próprias mãos. E, através dessa apropriação, adquiriu a possibilidade de seguir adiante em melhores condições. Permitiu-se aprender com a experiência interna e externa das suas próprias ações. (Guedes & Walz, 2009) O que tornou possível, no momento presente, delinear um planejamento para a próxima gestação, a fim de reduzir a probabilidade de eventos considerados negativos, minimizando a ambivalência frente ao futuro.

Figura 6 – Ciclo afetivo-semiótico de manutenção do estado emocional

Fonte: modificada a partir de Valsiner (2012).

Assim, Ana planeja engravidar novamente, apesar de vislumbrar possíveis dificuldades que poderá vir a enfrentar – semelhantes as que experienciou nas gestações anteriores: “*estou consciente que pode haver problema... Mesmo assim eu quero ter filho, é como dizia a minha avó: ‘quem não arrisca não petisca’, então eu vou arriscar*”. Ao antecipar possíveis difi-

culdades em uma próxima gravidez, Ana procura ajustar o seu comportamento presente às demandas situacionais futuras. E nesse processo de construção de estratégias para enfrentar os possíveis desafios futuros, Ana entrega-se a uma reflexão imaginativa do passado – suscitando tensão entre o que foi e o que poderia ter sido –, o que repercute, por sua vez, em uma reflexão imaginativa do futuro, bem como em um guia para as ações no momento presente, indicando o que precisa fazer agora, para conseguir alguma estabilidade, num cenário repleto de incertezas:

Porque às vezes eu penso, assim, será que se eu tivesse feito, assim como a médica mandou, logo ir pra maternidade... se... tivessem feito logo a cesárea, será que não tinha chance de sobreviver, colocando na UTI, alguma coisa? Então é isso que ainda me deixa dúvida.

Ana realiza, portanto, uma tentativa de reorganizar o campo de possibilidades futuras ao se relacionar com o mundo. Deste modo, busca um ambulatório especializado em perdas gestacionais recorrentes; realiza todos os exames clínicos solicitados pelo médico; procura atendimento psicológico a fim de elaborar as perdas anteriores e construir estratégias para enfrentar uma gestação futura; e negocia com o parceiro o seu desejo de tornar-se mãe frente à recusa deste de tentar novamente. Permite-se, assim, uma experiência prospectiva, ou seja, a predição imaginativa do futuro com o propósito de conseguir algum controle sobre os acontecimentos que ainda estão por vir:

Por isso é que eu digo, se eu voltar a engravidar, e que eu vou voltar, que eu luto para isso, eu não quero parto normal [risos] eu quero cesárea... Eu vou dizer a ela [à médica] [que] com oito meses [de gestação] quero logo que faça a minha cesárea.

Tal como ilustra o fragmento acima, essas predições imaginativas do futuro estão orientadas para a meta de evitar uma nova perda, assim como, evitar sentir a dor física por meio do parto normal. Ou seja, Ana planeja detalhadamente o caminho a ser percorrido a fim de minimizar as incertezas futuras e garantir algum controle da situação. Processo que envolve agência ativa.

E, para todos os demais eventos da vida aos quais não tem controle, Ana recorreu ao signo hipergeneralizado “Deus”: *“se Deus me enviar [nova gestação] é porque vai dar certo, se tiver que dar certo, Deus não vai enviar gestação pra mim se não for pra dar certo, pra eu sofrer tudo de novo”*. Em seu fluxo de pensamento, então, Ana recorre à noção internalizada de Deus para resolver as suas questões internas. E, ao fazer isso, há a criação de um campo afetivo hipergeneralizado de espiritualidade. (Wagoner, Gillespie, Valsiner, Zittoun, Salgado, & Simão, 2011) Há a emergência de um signo promotor, isto é, um significado hipergeneralizado que promove a integração da ambivalência (Valsiner, 2012), e que lhe permite seguir na direção de uma nova tentativa de gravidez.

A idealização imaginativa da maternidade: promotora dos modos de agir, pensar e sentir

O sistema de significados relacionados à maternidade se desenvolveu e se modificou ao longo da história de gestações e perdas e do processo relacional e dialógico estabelecido com as outras pessoas. Mudanças graduativas em direção à construção e reconstrução de significados podem ser observadas no decorrer da trajetória reprodutiva de Ana. Assim, durante a sua primeira gravidez, Ana chegou a cogitar possibilidade de não levá-la a termo, dada às circunstâncias nas quais se encontrava. Desta forma, os significados inicialmente construídos em relação à maternidade fazem referência a esta como uma escolha, que pode ou não ser realizada por uma mulher. Além disso, o seu maior sofrimento, após a primeira perda gestacional, esteve principalmente relacionado com a ausência do parceiro.

No entanto, esta configuração inicial modificou-se significativamente no decorrer das demais perdas, onde os sintomas depressivos tornaram-se cada vez mais perceptíveis, e onde ela decidiu dar prosseguimento às gestações empreendidas independente da opinião do parceiro – que se mostrava decididamente contrário a isso –, e das tantas dificuldades que iam se fazendo presentes. A última perda, em especial, pareceu ilustrar

a amplitude desta mudança, na medida em que levou a uma profunda devastação emocional na vida de Ana, que, a despeito disso, decidiu continuar persistindo, apesar dos riscos de vivenciar todo este sofrimento novamente.

No momento presente, posição específica no espaço e no tempo a partir do qual Ana constrói a sua narrativa, a maternidade refere-se a um sonho que luta para concretizar. Isto é, transformou-se em um signo hipergeneralizado do tipo campo que guia a gama possível de construções de significado possíveis no futuro. (Valsiner, 2004) Signo produzido para regular o significado criado por outros signos, funcionamento como um regulador semiótico intrapsicológico, promotor de um modo de sentir, pensar e agir. Assim, a emergência desse signo promotor tornou possível, no âmbito do *self*, manter a posição Eu-mãe tão ameaçada ao longo da sua experiência.

Para Ana, a maternidade representa uma condição que ultrapassa o mero tornar-se mãe, encontrando-se associada à mudança no campo afetivo que, no momento presente, apresenta-se marcado pelo sentimento de solidão: *“além de ser mãe, é como se fosse mais uma companhia pra mim”*. Isto porque, Ana sente a ausência do parceiro e acredita que com o filho conseguirá se *“desligar mais da ausência”* dele: *“eu tenho certeza disso, que eu vou me desligar mais dele”*. Desta forma, ter um filho para Ana representa a oportunidade de preencher o vazio sentido: *“é como se fosse um vazio que vai ser preenchido, então esse vazio preenchido, não precisa de mais nada, mais nada entre aspas, ‘né’?”*. Assim, é através da imaginação que constrói o seu desenvolvimento futuro, idealizando a presença de um filho *“saudável, perfeito, maravilhoso”*. Presença que lhe permitirá pôr em prática a arte do cuidar do outro, que refere gostar muito. Relata que quando mais nova cuidava dos irmãos mais novos e sonhava em ser enfermeira: *“eu sempre tive, assim, aquele prazer de cuidar de crianças, tanto que quando eu era adolescente eu dizia que ia fazer um curso de enfermagem, eu queria trabalhar na área do berçário... eu gostava de cuidar e tinha cuidado”*. Deste modo, Ana vislumbra que, através da maternidade, poderá realizar a expectativa pessoal que construiu para si mesma. Ou seja, res-

gatar um importante aspecto da sua própria identidade, acerca do que ela imaginou que seria, mantendo essa expectativa acerca do que será: *“vai ser prazeroso cuidar e ser mãe ao mesmo tempo”*.

Assim, a despeito da experiência anterior de gestações marcadas por tantas intercorrências e que resultaram invariavelmente na morte dos bebês, da precariedade no suporte emocional/afetivo e instrumental/material oferecido tanto por familiares quanto por serviços e profissionais de saúde, pelas lembranças essencialmente negativas que relata possuir dos bebês que gerou, da dor emocional e física de perdê-los e do risco à sua própria vida inerente a esse processo – Ana almeja ainda a maternidade. O que a motiva nesse intento? A trajetória percorrida ao longo da sua história reprodutiva denuncia o desamparo no qual se encontra. Desamparo que tenta superar com o nascimento e a presença de um filho. De algo seu, de alguém que esteja sempre ao seu lado e lhe forneça, principalmente, o suporte emocional necessário para os momentos difíceis da vida. Afinal, o desamparo, a falta de suporte parecem ser o seu “vazio”. Vazio que somente um filho seria capaz de preencher – conforme enunciam os significados sociais e hegemônicos acerca da maternidade.

No entanto, o caminho escolhido e percorrido por Ana a levará a mais uma experiência de sofrimento e dor. Afinal, no início do ano de 2008 engravida novamente, mas o resultado consiste em mais um aborto espontâneo aos dois meses de gestação. Após a perda, Ana volta a experimentar crises de ansiedade, o que a leva a retomar os atendimentos psicológicos. Porém, decorrido alguns meses, Ana decide realizar o sonho da maternidade através de uma trajetória alternativa: a da adoção. Decisão que a fará enfrentar novos obstáculos: não só legais, mas também familiares, devido à recusa do parceiro em aceitar adotar uma criança.

A Figura 7 ilustra os principais aspectos analisados da trajetória reprodutiva de Ana, com ênfase para as estratégias semióticas para a construção de continuidade e manutenção da posição Eu-mãe após a quarta perda gestacional.

Figura 7 – Trajetória reprodutiva de Ana

Fonte: elaboração da autora.