Capítulo 9

Considerações finais

Vívian Volkmer Pontes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PONTES, V.V. Considerações finais. In: *Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação* [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 232-241. ISBN: 978-85-232-2009-9.
<https://doi.org/10.7476/9788523220099.0011>.

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 9

Considerações finais

Trajетórias interrompidas: perdas, luto e reparação

A experiência de uma perda gestacional consiste em um evento inesperado que, no presente trabalho, é entendida enquanto ruptura no curso do desenvolvimento, daquilo que era esperado e estava na iminência de acontecer, e que ameaça o senso de continuidade do *self*. Isto é, ameaça o senso dessas mulheres acerca de quem elas eram, de quem elas são e de quem elas imaginavam que seriam no futuro. Implica, assim, em confrontações e redefinições significativas da identidade, desafiando posições do Eu estruturantes no território do *self* dialógico, como “Eu-mãe”, “Eu-capaz”, “Eu-no controle da minha própria vida”.

Frente às significativas e recorrentes rupturas nas trajetórias de vida, essas mulheres veem-se diante do imperativo de construir um senso de continuidade, de integridade e consistência no *self*. Afinal, uma necessidade central para o *self* dialógico é manter a estabilidade dinâmica. (Valsiner, 2002) Deste modo, o desafio do estudo aqui apresentado consistiu em responder a essa questão específica: como o *self* constrói continuidade frente a sucessivas rupturas? Vale ressaltar que esse processo de construção de continuidade refere-se a um mecanismo psicológico comum, que é cotidianamente realizado pelas pessoas no âmbito do *self*. Entretanto, analisá-lo a partir de transições não normativas permitiu observar esse processo com maior clareza. Por essa razão, foram realizadas as minuciosas análises das trajetórias reprodutivas de algumas mulheres com história de perdas gestacionais involuntárias, com a finalidade de entender os processos de rupturas e, especialmente, de reconstruções na cultura pessoal através da aplicação do Modelo de Equifinalidade de Trajetórias

(TEM). Com isso, nosso interesse incidiu mais na persistência em direção da maternidade, do que na experiência da perda gestacional em si.

Através da análise dos casos, pretendeu-se construir um conceito que pudesse oferecer generalidade para o específico dessa experiência: a recorrência de rupturas significativas. Afinal, essa experiência parece exigir um tipo específico de processo semiótico, denominado nesse trabalho de estratégias semióticas de reparação dinâmica do *self*. Estratégias que ao serem acionadas promovem a criação de signos específicos – os signos reparadores, que têm o poder de restaurar a conexão dos fragmentos das trajetórias interrompidas, construindo alguma articulação entre esses fragmentos e resgatando certo senso de continuidade. Conforme descrito no último capítulo, mas analisado em cada um dos casos apresentados, os signos reparadores incidem nas rupturas e promovem a reconstrução de significado atribuído às experiências no passado (perdas anteriores) e nova orientação para a gama aceitável de construções de significados orientados para o futuro, conectando-os. Os casos analisados, assim, ilustram as mais variadas estratégias de reparação semiótica, demonstrando o expressivo empenho de cada uma das mulheres investigadas em enfrentar os elevados níveis de ambivalência, a percepção agudamente acentuada de incerteza em relação ao seu futuro, bem como as tensões entre as diferentes vozes de pessoas significativas.

Entretanto, na medida em que o presente estudo abordou a experiência de rupturas recorrentes nos diferentes contextos assistenciais, faz-se importante analisar de que modo o acesso a diferentes recursos materiais (serviços de saúde, procedimentos médicos e recursos tecnológicos) e a diferentes processos discursivos (diferentes vozes) influenciaram no funcionamento psicológico das mulheres investigadas. Assim sendo, a análise dos casos parece demonstrar que o acesso às tecnologias médicas e à informação – através do diálogo com o médico e/ou de pesquisas na internet – configurou-se, primeiramente, em um campo de atividades culturalmente estruturadas que operaram no nível mesogenético e canalizaram e organizaram a experiência subjetiva, mediante o estabelecimento de uma gama de possibilidades nas quais a experiência tomou

forma. Assim, por exemplo, a busca por um médico especialista delineou quais seriam os próximos passos a serem dados na direção da maternidade: realizar determinados exames clínicos e laboratoriais, submeter-se a determinado tratamento médico para, então, engravidar novamente. Também permitiu às mulheres a construção de signos capazes de integrar o elevado nível de ambivalência experienciado (ex. alterações auto e aloimunes), em decorrência da perda gestacional sofrida, reduzindo o nível de incerteza frente ao futuro reprodutivo. Isto porque, tais signos provenientes da esfera médica – dotados social e pessoalmente de valor – funcionaram como importantes reguladores intrapsicológicos, levando à emergência de um sistema hierárquico no âmbito do *self*. Nesse sentido, considerando que as trajetórias das mulheres investigadas foram marcadas por uma série de circunscretores ou barreiras (ex. sugestões sociais) – que tinham a função de inibir a ocorrência de um determinado fenômeno (uma nova gravidez) –, os signos provenientes da esfera médica atuaram como importantes catalisadores, diminuindo a ativação desses circunscretores, a fim de propiciar a emergência do fenômeno. E foram utilizados como um recurso de empoderamento do *self* dessas mulheres em direção à maternidade. Por fim, o acesso a esses recursos configurou-se como uma base sobre a qual pôde haver a emergência da imaginação – entendida enquanto um recurso fundamental de adaptação e exploração do mundo – que permitiu a algumas dessas mulheres ampliarem a gama de possibilidades futuras. E, o quanto antes, assumirem a direção das suas próprias vidas enquanto protagonistas.

Outro aspecto a ser considerado consiste na repetição das rupturas ao longo do tempo irreversível. Pode-se refletir sobre a dimensão da ruptura e da inevitável construção de significado, no que tange à ocorrência de cada um dos abortos espontâneos. Assim, como ilustrado através do caso Eduarda, pode-se dizer que a experiência do primeiro aborto espontâneo implica em descontinuidades em relação às expectativas e planos mais imediatos (momento presente/futuro próximo), isto é, de ter aquele bebê, de vivenciar a maternidade naquele momento, conforme havia sido planejada pelo casal. Nesse sentido, é possível que a posição

“Eu-mãe” – potencialmente futura e altamente relevante para o sistema do *self* – não seja ainda percebida como realmente ameaçada, mas apenas temporariamente adiada. Afinal, sustentando esse significado está o discurso médico que atribui ao primeiro aborto espontâneo um caráter de “normalidade”, isto é, estatisticamente frequente entre os casais saudáveis em idade reprodutiva. Deste modo, não há necessariamente a confrontação com uma redefinição da identidade – que incluía a possibilidade desse Eu-mãe não se realizar ou, pelo menos, não se realizar conforme planejado (ser mãe de um filho biológico).

Porém, a repetição das perdas gestacionais torna essa reflexão necessária, isto é, a mulher pode vir a não se tornar mãe. E isto consiste em uma ruptura mais profunda e de longo prazo, que afeta a perspectiva de futuro dessa mulher, bem como exige a reconstrução de planos e metas passadas, levando a redefinições da identidade. Isto porque a concretização dessa possibilidade mudaria radical e profundamente o que a mulher e os outros da sua rede social imaginavam para ela. O futuro, marcado por essa possibilidade, é antecipado, interferindo em como ela percebe a si mesma e no modo como age.

No decorrer do tempo e com a repetição das perdas gestacionais, algumas indagações fazem-se cada vez mais presentes no campo da autorreflexão do *self*: “por que comigo?”, “Quando voltar a engravidar, experienciarei outro aborto espontâneo?”, “Será que um dia vou conseguir ter o meu próprio filho, após sofrer tantas perdas involuntárias?”. Essas indagações parecem ilustrar que a identidade dessas mulheres é severamente desafiada com essas experiências.

Logo, não conseguir alcançar os padrões socialmente aceitáveis relacionados ao tornar-se mãe – já que há uma expectativa sociocultural de que as mulheres tenham filhos, muitas vezes ligada a um suposto “instinto maternal” que inclui proteger, nutrir e abrigar o filho – pode implicar no sentimento de que não conseguiram corresponder às suas próprias exigências internas. Pode também levar a mudanças em vários aspectos da sua identidade, como a relação com o seu próprio corpo, seus planos para a vida. (Benute, Nomura, Pereira, Lúcia, & Zugaib, 2009)

Assim, os casos analisados ilustram a tentativa exaustiva de sustentar a viabilidade da posição do Eu-mãe, ainda que, em alguns casos, em uma versão reformulada de “Eu-mãe adotiva”. Ou seja, uma tentativa de sustentar certa estabilidade (que se relaciona com a questão da identidade) e, assim, evitar uma mudança mais profunda em sua identidade, uma ruptura definitiva daquilo que a mulher e os outros imaginavam que poderia ser, vir a ser.

Vale ressaltar que a maternidade configura-se como um signo hipergeneralizado, que permeia e promove o modo de pensar e sentir em sua totalidade – à medida que atravessa a miríade de espaços da vida cotidiana. É uma noção cultural carregada de valor que sobredetermina as mentes humanas – sendo socialmente promovida e pessoalmente internalizada –, um signo que atua como um mediador semiótico nos processos de comunicação humana, tanto entre pessoas e instituições, como na condição de regulador intrapsicológico. Deste modo, o poder dessa noção cultural e seu significado hipergeneralizado orientam a conduta humana, bem como as necessidades afetivas. (Valsiner, 2012)

Nesse sentido, o amor materno pode ser entendido como um campo hipergeneralizado, exemplificando a função regulatória dos signos, através de marcadores afetivo-semióticos que reconfiguram a relação pessoa-ambiente. Afinal, o amor materno consiste em um poderoso catalisador semiótico-emocional (como por exemplo, a noção sentida por uma mulher de amor e o valor vinculado a essa noção – valor que foi aprendido que deveria ser vinculado – para a pessoa que será seu filho) que radicalmente transforma a relação de alguém com o mundo, através de uma supergeneralização desta orientação de valor.

Assim, na ocorrência de perdas gestacionais e na ausência de apoio social para continuar a engravidar – devido aos riscos à própria vida, por exemplo –, uma mulher pode persistir na tentativa de engravidar apesar desses riscos. Colocar em risco à própria vida tem conotações socioculturais relacionadas à quebra de regras, à ofensa às leis e à moral, ao cometimento de um crime. Deste modo, seguir na direção da maternidade,

através da gravidez, introduz o “atentar contra a própria vida” como uma possibilidade futura.

Entretanto, o que acontece para essa mulher que persiste na direção da maternidade biológica pode ser entendido como uma transformação emocionalmente desencadeada do seu sistema de significado devido a uma forte orientação de valor sentida. Um regulador de nível superior (catalisador) leva a uma qualidade nova generalizada do sistema de significado. O sentimento e o valor do amor, por exemplo, servem como catalisadores na reorientação do sistema de significados do indivíduo e da relação pessoa-mundo. Esse catalisador-emocional (catalisador-afetivo) atua como um regulador de ordem superior. (Beckstead, Cabell, & Valsiner, 2009)

Porém, é preciso ainda realizar uma breve reflexão acerca da experiência de abortos espontâneos recorrentes que resulta em uma dinâmica disfuncional no sistema do *self* dialógico. Afinal, algumas mulheres não conseguem sair da imersão da experiência traumática da perda para perspectivas alternativas. E assim, a busca incessante pela concretização da maternidade, através da dominância inflexível da posição Eu-mãe no sistema do *self*, poderia implicar no obscurecimento dos caminhos alternativos da vida e da identidade – como a possibilidade de adotar uma criança que seria pessoal e socialmente reconhecida como seu filho, ou mesmo realizar o luto pela não maternidade, assumindo a possibilidade de ser uma mulher/um casal ou constituir uma família sem filhos. Prisioneiras dessa autonarrativa dominante – caracterizada por Ribeiro e Gonçalves (2010) como narrativa problemática pelo seu caráter restritivo, redundante e monológico –, estariam condenadas ao comportamento repetitivo de engravidar e perder.

Esse comportamento repetitivo é influenciado pelo poder sociocultural do discurso biomédico, fundamentado nos avanços tecnológicos e na crença generalizada de que há sempre algo que ainda pode ser feito, de que há sempre uma solução para os problemas de saúde, um tratamento médico eficaz.

E, na medida em que a perspectiva da mulher aparece severamente circunscrita à meta de tornar-se mãe, outros tipos de perdas podem acontecer ao longo de muitas dessas trajetórias de vida, como a do próprio parceiro/casamento, da rede social próxima, bem como da própria saúde mental – como nos casos dos transtornos do humor, como a depressão, e os transtornos de ansiedade. No caso da depressão, por exemplo, a narrativa do *self* é marcada pela dominância e repetição da autodesvalorização (Ribeiro & Gonçalves, 2010), havendo a alteração de como a mulher vislumbra a si mesma, o mundo e o seu inter-relacionamento com ele. Uma versão extrema da dominância de uma determinada voz sobre a sua contraparte oposta – que pode ser inteiramente expropriada – levando à monologização do *self* dialógico. (Valsiner, 2002)

Deste modo, rupturas inesperadas e significativas no sistema do *self* demandam processos de transição que, por sua vez, promovem mudanças. Essas mudanças podem possibilitar às mulheres a restauração de um senso de consistência e continuidade no *self*, mas também podem levar, conforme Zittoun (2007), a um senso de alienação, ou seja, de perda do *self*, perda da continuidade ou perda do contato com o seu ambiente. Isto limita, por exemplo, a agência em encontrar recursos para enfrentar novas rupturas. Com efeito, os processos de transição podem se configurar em manutenção mínima do *self*, muitas vezes através de um padrão repetitivo. Nesses casos, as mudanças não são consideradas desenvolvimentais, pois impedem que a pessoa se envolva em novos processos de transição. (Zittoun, 2007) Para tornar-se desenvolvimental, é preciso que as relações entre as partes do *self* dialógico possam permitir a emergência de novas partes e relações entre elas. (Valsiner, 2002) Desenvolvimento, conforme Zittoun et al. (2013), é a propriedade dos sistemas abertos de sofrer transformações nas formas qualitativas, sob constante relação com o contexto, dentro do tempo irreversível. Deste modo, rupturas podem ser vislumbradas como ocasiões para a construção de uma nova estabilidade relativa, através do uso de recursos disponíveis em seus contextos sociais – que darão suporte a esse processo de transformação. Os seres humanos são construtores de significado e é através da imaginação que eles podem se reinventar.

O presente estudo apresenta, então, algumas contribuições não só teóricas, como as explicitadas até aqui, mas também algumas direcionadas para o campo das práticas em saúde. Conforme descrito no capítulo etnográfico, as trajetórias reprodutivas das mulheres usuárias dos serviços públicos tiveram enquanto cenário um contexto assistencial caracterizado por deficiências importantes no atendimento, pela fragmentação da assistência, pelo número insuficiente de vagas não só para as mulheres, mas para os bebês nascidos prematuros e que precisavam de uma UTI neonatal, e pela ausência de um atendimento emergencial propriamente dito. Além disso, a relação entre profissionais de saúde e mulheres apareceu marcada, essencialmente, pela desconfiança, desrespeito e conflito. Houve uma grande demanda por informações e pela escuta clínica que não foi atendida. Possivelmente muitas das perdas ocorridas poderiam ter sido evitadas caso esse cenário fosse diferente.

As narrativas dessas mulheres, deste modo, denunciaram a necessidade de muitas mudanças, como a melhoria da cobertura dos serviços e da qualidade do atendimento oferecido. Nos dois contextos de saúde investigados, faz-se urgente a capacitação e treinamento especializado dos profissionais de saúde para saberem lidar com questões relativas à pessoa humana de modo integral – com uma visão das perdas gestacionais recorrentes que abarque não somente os aspectos biológicos, mas as suas implicações socioafetivas. Além disso, a prestação de um atendimento mais cuidadoso, mais humanizado e menos marcado pela expressão de preconceitos, que leve em consideração o sofrimento já vivenciado em uma perda anterior e reduza os possíveis danos físicos e emocionais de experiências futuras. Vale ressaltar, porém, que a humanização do atendimento encontra-se relacionada com a posição que a mulher ocupa nesse cenário, isto é, a de protagonista, autora da sua própria história, que tem muito a dizer e que precisa ser ouvida. É preciso, então, assegurar o seu protagonismo, dar espaço e importância à sua voz, fazendo valer a sua autonomia com relação ao próprio corpo e história de vida.

Assim sendo, o estabelecimento de uma boa relação dos profissionais de saúde com a mulher é essencial e traduz-se no oferecimento de

qualidade no acolhimento e na transmissão de apoio e confiança necessários, o que reduziria o sentimento de vulnerabilidade marcado pelo medo e pela ansiedade em uma futura gestação, ampliando as chances de êxito gestacional. Além disso, tornar possível o intercâmbio de experiências e conhecimentos entre esses profissionais e as mulheres, tendo-se como base o respeito pelos seus sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais.

Espera-se, assim, que o conhecimento construído na interseção temática família-cultura-desenvolvimento humano, através do estudo aqui apresentado – fruto de um trabalho de campo cuidadoso, realizado ao longo de mais de dez anos, em diferentes contextos de saúde e voltado para mulheres com trajetórias de vida marcadas pela repetição de perdas gestacionais involuntárias – possa vir a orientar os profissionais de saúde sobre como atuar de modo adequado nessas situações, bem como subsidiar programas de assistência à saúde da mulher que levem em conta as peculiaridades envolvidas em casos como esses.