

**EXPECTATIVAS E SENTIMENTOS DE MULHERES EM SITUAÇÃO  
DE REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA**

Paula Munimis Spotorno

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia, sob a orientação da Professora Rita de Cássia Sobreira Lopes.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento

Porto Alegre, junho de 2005.

*Há mistérios na geração da vida. Alguns podem ser entendidos. Muitos podem ser resolvidos. Mas há sempre algo que está mais além.”*

Liana Albernaz de Melo Bastos, 1995.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo exemplo, incentivo constante e pelo colo nos momentos difíceis.

Ao meu namorado, pelo apoio e compreensão nos momentos em que não estive presente.

À minha orientadora, Rita de Cássia Sobreira Lopes, pelo suporte e interesse no tema de pesquisa.

Aos meus irmãos, por estarem ao meu lado durante todos estes anos de estudo.

As minhas amigas, Simone Paludo, Letícia Oliveira e Maria Cecília Bains, companheiras desde a faculdade, por compartilharem diversas etapas importantes da minha trajetória e pelo apoio nos momentos difíceis.

As minhas colegas de mestrado, Angela Marin e Laura Prochnow, pelo companheirismo e pelos momentos de descontração.

Aos professores da banca examinadora, Maria Luiza Kahl, Sylvia Nabinger e Cesar Piccinini, pelas fundamentais contribuições ao meu projeto de dissertação.

À equipe de Reprodução do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, especialmente ao Dr. Fernando Freitas e a Dr<sup>a</sup> Andrea Facin, que permitiram a realização deste trabalho junto às pacientes em tratamento.

À secretária do Setor de Ginecologia e Obstetrícia, Margarida, pelas informações, atenção e disponibilidade, facilitando o andamento do trabalho dentro do hospital.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

E, finalmente, as mulheres que participaram deste estudo, por terem compartilhado suas experiências, sentimentos e expectativas.

## SUMÁRIO

<b>Resumo</b> .....	05
<b>Abstract</b> .....	06
<b>I. Introdução</b> .....	07
Apresentação.....	07
O desejo de ter um filho.....	08
Aspectos históricos e culturais da infertilidade.....	11
Infertilidade.....	13
Objetivos e justificativa.....	22
<b>II. Método</b> .....	23
Participantes.....	23
Delineamento e procedimentos.....	24
Considerações éticas.....	24
Material e instrumentos.....	25
Análise dos dados.....	26
<b>III. Resultados</b> .....	27
Caso 1: Elaine.....	28
Caso 2: Clara.....	35
Caso 3: Lídia.....	40
Caso 4: Juliana.....	43
Caso 5: Maria.....	49
Caso 6: Marcela.....	53
<b>IV. Discussão</b> .....	60
<b>Considerações finais</b> .....	71
<b>Referências</b> .....	77

<b>Anexos.....</b>	<b>82</b>
Anexo A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	83
Anexo B Termo de consentimento livre e esclarecido.....	84
Anexo C. Entrevista de dados sócio demográficos.....	85
Anexo D. Entrevista sobre as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida.....	86

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. Participaram do estudo seis mulheres com idades entre 22 e 37 anos que realizavam tratamento para engravidar, especificamente a fertilização *in vitro*, no Setor de Reprodução do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As participantes responderam a uma entrevista de dados sócio-demográficos e uma entrevista semi-estruturada sobre as suas expectativas e sentimentos em situação de reprodução medicamente assistida. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo qualitativa e, em termos gerais, revelaram que a infertilidade é uma experiência extremamente dolorosa para o casal, gerando sentimentos de incapacidade, frustração, vergonha, baixa auto-estima, ansiedade e tristeza. A maioria das participantes demonstrou solidão frente ao longo percurso do tratamento, reclamando pela companhia do cônjuge, que freqüentemente manteve-se afastado do processo. Quanto ao relacionamento conjugal, todas as mulheres relataram que a situação de infertilidade aproximou e melhorou o relacionamento do casal. Percebe-se ainda uma idealização da maternidade, na medida em que se imaginam como mães dedicadas e superprotetoras, desconsiderando os aspectos negativos relacionados ao desempenho deste papel. A busca pelo filho custe o que custar vem com o intuito de satisfazer desejos narcísicos dos pais. Os resultados sugerem a necessidade de se incluir profissionais de saúde mental nos serviços de atendimento a estas mulheres, pois se observa que esta experiência abala profundamente o narcisismo dos sujeitos envolvidos, evidenciando a importância dos aspectos inconscientes relacionados ao desejo de ter um filho.

## ABSTRACT

The present study aimed to investigate women's expectations and feelings in the context of assisted reproductive. Six women aged 22 to 37, who were under fertility treatment, especially *in vitro* fertilization, in the Reproduction Section of the Gynecology and Obstetrics Department of the Hospital de Clínicas in Porto Alegre. The participants answered a social demographic interview and a semistructured interview concerning their expectations and feelings in assisted reproductive. Data were analyzed through qualitative content analysis and, in general, revealed that infertility is an extremely painful experience for couples, generating feelings of being incapable, frustration, low self-esteem, anxiety and sadness. Participants showed loneliness because of the long duration of the treatment, complaining about the partner's lack of involvement in the treatment process. As far as marital relationship is concerned, all women reported that the infertility situation improved marital relationship. An idealization of motherhood is also evident, in so far as they imagine themselves as dedicated and overprotecting mothers, not considering the negative aspects of the maternal role. The strong wish for a child fulfills parents' narcissistic desires. The results suggest the need to include mental health professionals in the assistance services for these women, since this experience affects the narcissism of those involved, showing the importance of unconscious aspects in the desire to have a child.

# CAPÍTULO I

## INTRODUÇÃO

### **Apresentação**

O estágio reprodutivo do ciclo de vida é considerado um marco proeminente da idade adulta. A continuidade emocional e biológica de geração para geração muda o relacionamento dos novos pais com seus pais e forma a identidade familiar. As meninas aprendem, desde que começam a segurar uma boneca, a valorizar os cuidados e a criação da próxima geração, antecipando o projeto de parentalidade futura. O desejo de ter filhos habita no ser humano desde muito cedo, podendo ser concretizado somente quando o indivíduo tiver a maturidade necessária para ser capaz de procriar por si mesmo. Diversos autores afirmam que o desejo que uma mulher sente de ter um filho é alimentado por muitos motivos e impulsos diferentes, de ordem consciente e inconsciente (Cramer, 1992; Maldonado, 1997; Szejer & Stewart, 1997). No entanto, para muitas mulheres, nem sempre o desejo de ser mãe pode ser concretizado de modo fácil e natural. As tentativas de engravidar se sucedem, o tempo vai passando, o filho não vem. Surge a necessidade de embarcar no caminho de diagnósticos e tratamentos, por vezes longos, desgastantes e cheios de frustrações.

Os progressos da medicina são visíveis, uma vez que os tratamentos de infertilidade e a reprodução medicamente assistida permitem hoje aos casais atingidos por algumas formas de infertilidade vislumbrarem uma gravidez. Considerando essa evolução da medicina, pode-se dizer que uma verdadeira revolução transformou a relação da mulher com o seu corpo, abrindo novas possibilidades para a maternidade.

Os casais que experienciam dificuldades com a reprodução representam dilemas complexos e desafiadores, pessoais, interpessoais e éticos, que abalam o núcleo da vida familiar. Embora as novas tecnologias de reprodução sejam métodos modernos e científicos de luta contra a infertilidade, o impacto psicossocial da infertilidade e da tecnologia reprodutiva está apenas começando a ser pesquisado e compreendido. Os estudos sobre o tema têm apontado um considerável nível de estresse decorrente do tratamento, fracassos e perdas, gerando na mulher um sentimento de desvalia, impotência, vergonha e ataque ao narcisismo pessoal. É possível que as vivências experimentadas durante o processo de fertilização possam influenciar e repercutir no exercício da maternidade. No entanto, percebe-se que pouca atenção tem sido dada a essas mulheres

que, mesmo desejando ter filhos, estão impedidas pela infertilidade, seja ela fisiológica ou circunstancial. Nesse sentido, o presente estudo busca examinar as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. Inicialmente, será abordado o desejo de ter um filho e, posteriormente, os aspectos históricos e culturais da infertilidade e a infertilidade propriamente dita.

### **O desejo de ter um filho**

O desejo de ter um filho inicia na primeira infância e tem sua origem na relação primária com a mãe, em ambos os sexos. Ao longo do desenvolvimento, esse desejo segue destinos psíquicos diferentes para homens e mulheres, tornando-se mais central no psiquismo feminino. A menina aprende através da observação, do brincar e da prática um repertório de comportamentos maternos. As brincadeiras de boneca e de “casinha” parecem ser um ensaio para o futuro desempenho da maternidade.

A mulher é condicionada, desde a infância, para o seu futuro papel social de mãe e todo o seu desenvolvimento é norteado por esse condicionamento, mesmo que ela nunca chegue a ser mãe. O significado psicológico da experiência da maternidade também é influenciado pelo valor, reconhecimento e prestígio que a sociedade coloca na maternidade.

Para a mulher, a vinda do filho está muito associada à feminilidade, ao fato de poder se sentir mais valorizada através do papel de mãe e cuidadora (Leis & Modelli, 2004). O tornar-se mãe continua sendo considerado como o mais importante acontecimento na vida da maioria das mulheres. Bleichmar (1998) afirma que não existe nenhuma outra circunstância que exalte tanto o narcisismo feminino do que a da maternidade. O nascimento de um filho garante à mulher o máximo poder, o da criação da vida.

O desejo de filho é um desejo inconsciente, comum aos dois sexos. Ele introduz a mulher ao real de seu corpo na maternidade. Maternidade que será a prova de sua sexualidade enquanto mulher, ou seja, de sua feminilidade (Stryckman, 2000). Conforme Kikendall (1993), a mulher deseja ter um filho para realizar um desejo pessoal significativo para si ou como um caminho para cumprir demandas sociais, de que ela deve ter uma criança para ser uma mulher.

De acordo com Ribeiro (2004) e Brazelton e Cramer (1992), o desejo de ter um filho também se origina e está vinculado ao desejo narcísico de imortalidade do Eu. Este

desejo só se torna realizável com a possibilidade de se transmitir a herança genética para os descendentes. Desejar conceber e ter um filho é poder ver partes de si em um outro ser, e perceber também traços do companheiro. Nesse mesmo sentido, Freud (1914) salienta que o filho viria representar a imortalidade do ego, assegurando os pais da continuidade da família.

As fantasias que permeiam o desejo de um filho têm raízes na própria origem do sujeito. O filho desejado remete à forma como cada indivíduo fantasia ter sido concebido. Tais fantasias procuram responder aos enigmas da existência. A criança está exposta a estes enigmas quando ainda não tem recursos psíquicos para compreendê-los. Durante a infância, ela formula fantasias a respeito da sexualidade, das diferenças sexuais e de como percebe o relacionamento parental. Esses registros permanecem no inconsciente e permeiam as fantasias de concepção de um filho.

Diversos autores afirmam que o desejo de ter um filho é alimentado por muitos motivos e impulsos diferentes, de ordem consciente e inconsciente (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 1997; Szejer & Stewart, 1997). Para cada mulher, este desejo tem uma representação específica que é decorrente de vivências experimentadas na constelação familiar, principalmente com os progenitores, e também com outras figuras significativas.

Maldonado (1989) ressalta que o filho pode representar a expressão do amor e da união, a necessidade da transcendência através das gerações, a tentativa de salvar o casamento, a vontade de dar um irmão para o filho mais velho, o desejo de ver realizado no filho o que não conseguiu construir na própria vida e a busca de comprovação da fertilidade. Já Brazelton e Cramer (1992) descrevem que dentre os motivos narcisistas que alimentam o desejo de ter um filho pode-se incluir o desejo que a pessoa tem de fundir-se com um outro, conservar uma imagem idealizada de si mesma como um ser completo e onipotente, o desejo de duplicar a si mesma ou espelhar-se e o desejo de realizar os próprios ideais.

O desejo de completude pode ser satisfeito tanto pela gravidez quanto pela existência da criança. Referem os autores que em certas mulheres predomina o desejo de estar grávida, pelo fato de que a gravidez lhes dá a oportunidade de estarem plenas e completas, de experimentarem a potência e a produtividade do corpo. A gravidez preenche os sentimentos de vazio e de incompletude do corpo. No desejo narcisista de completar-se por meio de uma criança, a mãe a percebe como uma extensão de seu próprio self, acrescentando-lhe uma nova potência à sua imagem corporal.

Segundo os autores, o desejo de fundir-se se refere à fantasia de simbiose, da fusão com a criança. Este desejo de unir-se à criança vem acompanhado do desejo de retornar à

unidade com a própria mãe. Já o desejo de espelhar-se na criança está ligado ao desejo da mãe de ver refletido no filho as marcas da sua capacidade de criar e educar. O desejo da mulher de gerar uma criança contém em si a esperança da autoduplicação. A criança representará a continuidade da existência da mãe, sendo vista como o elo seguinte na cadeia de gerações.

Outro motivo narcisista que alimenta o desejo de ter um filho é a realização de ideais e oportunidades perdidas. Brazelton e Cramer (1992) salientam que a criança é imaginada pelos pais como perfeita e obtendo sucesso em todas as áreas em que eles fracassaram. O desejo de ter um filho inclui o desejo de ter um parceiro com quem se possa reviver antigos relacionamentos. Na fantasia dos pais, a criança pode ser capaz de eliminar a dor decorrente da morte e do desaparecimento de pessoas queridas. Ela é vista como uma oportunidade de reviver relacionamentos latentes e elaborá-los.

Os autores salientam ainda que, ao gerar um filho, a mulher realiza o antigo sonho de tornar-se igual à sua própria mãe. A vinda desta criança poderá ser uma oportunidade de restaurar a imagem interna de mãe, que sente ter degradado pelos sentimentos de inveja experimentados na infância.

O desejo de ter um filho pode estar associado a diferentes representações. Conforme Stryckman (2000), pode representar um desejo de maternidade, desejo de estar grávida, desejo de parir ou desejo de colocar no mundo uma criança. Uma mulher pode desejar estar grávida e apenas estar grávida. Esse desejo não vai desembocar num parto, ela pode apenas desejar viver e reviver esse momento, o que denomina espaço da gravidez. Outro desejo é o de parir, de colocar um filho no mundo, o qual terá que confrontar o filho imaginado com o real, que ela imaginou e esperou. No parto, a mulher perde o estado de plenitude e o poder que tinha sobre o filho. Alguns autores afirmam que o desejo de ter um filho pode esconder os intensos medos da gravidez e do que esta representaria na vida das pessoas, e referem que tais medos podem ser decorrentes de vivências que o sujeito tenha experimentado em sua constelação familiar com os progenitores e também com outras figuras significativas (Langer, 1981; Tubert, 1996).

O desejo de ter um filho difere do projeto de ser pais. O projeto de ser pais implica a forma como cada um se vê como futuro pai, como futura mãe. A forma como cada um se projeta como pais relaciona-se diretamente com os pais que eles próprios tiveram, ou ainda com outros modelos parentais. A partir da experiência de ser filho, com seus aspectos positivos e negativos, é que se constrói uma idéia do tipo de pai e de mãe que se deseja ser.

O desejo de ter filhos tem significados diferentes para o homem e a mulher, inclusive porque ele emerge, para cada um, em um determinado momento de sua trajetória.

Os psicanalistas consideram o desejo como não pertencente apenas à ordem do consciente. Pode-se afirmar que desejar um filho e inconscientemente não desejá-lo ocorre por razões que escapam e dizem respeito à história particular de cada um. Na realidade, é sempre em referência aos modelos de cada um, familiares, parentais e sociais que se elabora esse desejo (Szejer & Stewart, 1997).

### **Aspectos históricos e culturais da infertilidade**

As primeiras descrições sobre a fertilidade e a infertilidade puderam ser lidas nos papiros de Kahoun, que datam de 2200 anos antes de Cristo. Na Bíblia sagrada, encontra-se a seguinte citação: “(...) e Deus criou o homem à sua imagem; criou-o à imagem de Deus, e criou-os varão e fêmea. E Deus abençoou-os e disse: Crescei e multiplicai-vos, e enchei a terra, e sujeitai-a (...)”. Neste trecho é possível observar a importância da fertilidade e do processo reprodutivo como marco impulsor da perpetuação da espécie.

Referências à fertilidade foram apontadas por diferentes povos ao longo da história. Para os povos cuja sobrevivência baseava-se na agricultura, a fertilidade da terra tinha uma importância capital, assim como a fecundidade das mulheres era fundamental para a sobrevivência do grupo social. Nas mitologias do Oriente, aparece o feminino no momento inicial da humanidade, sob a forma da Deusa-Mãe dos deuses, aquela que outorga fecundidade tanto a terra e aos animais quanto ao casal humano. Nesta época eram oferecidos sacrifícios às deusas femininas para que a terra e o ventre da mulher frutificassem (Tubert, 1996). Na cultura mesopotâmica adorava-se a mulher e seus órgãos reprodutivos, evidenciando a estreita relação entre a natureza, a fertilidade e a sexualidade. As sociedades agrícolas adoravam deidades femininas, uma vez que o nascimento de crianças fazia parte da fertilidade da natureza.

Com o estabelecimento do sistema patriarcal, os deuses ocuparam o lugar que antes pertencera às deusas. Em função disso, a maternidade, entendida como um fato tão natural quanto a fertilidade da terra e a reprodução dos animais, subordinou-se ao poder do pai, a quem os filhos deveriam pertencer. O matrimônio era considerado completo somente com o nascimento de uma criança. A falta de filhos anulava o contrato matrimonial e o preço da noiva era devolvido. Na verdade, uma esposa estéril podia ser motivo de divórcio. Porém, a mulher tinha condições de evitá-lo se apresentasse uma esposa substituta. A criança nascida desta mulher era reconhecida como filha da esposa principal, independente de quem fosse na realidade a mãe biológica.

Muitos povos consideravam a infertilidade como uma maldição. A infertilidade era equivalente à seca, à falta de colheita, à castração e a morte. A mulher infértil significava uma ofensa para a comunidade e ela mesma percebia-se como maldita.

Nas décadas de 60-70 houve uma profunda mudança nas relações do ser humano no que se refere à sua capacidade de reproduzir. Foi com o advento de técnicas de controle de natalidade, especialmente a pílula contraceptiva, que as mulheres tiveram acesso à livre escolha da maternidade, com a possibilidade de um controle eficaz e socialmente aceito da fecundidade. A legalização do aborto, em diversos países do hemisfério norte, também foi um elemento a mais nesse processo, oferecendo condições seguras e menos culpabilizantes às mulheres para a interrupção da gravidez indesejada.

Ao longo dos anos, a humanidade tem valorizado a função reprodutiva. Mas, somente a partir da metade deste século é que os estudiosos vem se preocupando com os problemas relacionados à função reprodutiva e investindo, cada vez mais, em pesquisas nesta área. Petracco (1997) refere que o nascimento de Lousie Brown em 1978 foi a coroação de anos de pesquisa, definindo a terapêutica moderna em reprodução humana. Desde então, observa-se uma busca constante de soluções para a infertilidade.

Uma série de técnicas foram sendo aprimoradas com o intuito de obter melhores resultados de gravidez. As Novas Tecnologias Reprodutivas foram apresentadas como métodos modernos e científicos de luta contra a infertilidade. Em 1980 a fertilização *in vitro* foi aceita como técnica terapêutica em reprodução humana. Em meados da década de 80 foi introduzida a transferência tubária de gametas. Por fim, em 1992, foi comunicada a gravidez através da injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI).

Com o advento dessas técnicas terapêuticas tornou-se possível ter-se a reprodução sem o intercuro sexual. A partir disso, muitos questionamentos éticos e religiosos foram levantados a respeito destes procedimentos, na medida em que dissociam a sexualidade da procriação (Badalloti, 1997).

Na última década, ocorreu um aumento significativo do número de consultas para infertilidade, o que aparentemente poderia sugerir uma elevação de sua prevalência. Conforme Passos e cols. (1997), são vários os fatores que contribuem para isso, entre eles, o fato do novo papel desempenhado pela mulher no mercado de trabalho e na sociedade, fazendo com que esta postergue mais o casamento e a gestação, o que conseqüentemente aumentaria a possibilidade de vir a contrair patologias infecciosas pélvicas ou outras, além do que, há a diminuição natural da fertilidade com o passar dos anos.

Conforme McDaniel, Hepworth e Doherty (1994), um número maior de mulheres adia, atualmente, a procriação, para educarem-se e seguirem carreiras. Após o advento de

melhores dispositivos de controle à natalidade, as mulheres começaram a sentir que têm um controle muito maior sobre suas capacidades de reprodução. A opção da mulher pela vida profissional e pela estabilidade financeira, postergando a relação matrimonial e a maternidade, além de uma maior incidência de divórcios, levando a novas uniões e novos filhos, estão entre as causas de origem psicossocial (Petracco & Badalotti, 1993).

Recentes mudanças observadas na fertilidade feminina são conseqüência de uma grande modificação no papel feminino na sociedade na segunda metade do século XX. A postura da mulher dedicada à maternidade parece ultrapassada. Muitas mulheres temem ver seu papel de mãe servir de obstáculo a suas aspirações pessoais e profissionais. As mulheres estão divididas entre as exigências maternas e profissionais, o que gera um sentimento de angústia para consigo mesmas.

Com o passar dos anos, houve um aumento significativo do número de gestações em mulheres acima dos 35 anos, devido à maior disponibilidade de métodos contraceptivos, à possibilidade de interrupção de gestações indesejadas e ao aprimoramento de técnicas de fertilização. Blickstein (2003) aponta que este fato deve ser entendido como uma conseqüência das mudanças sociais e progressos na medicina e não como um fenômeno evolucionário.

A idéia de que a menopausa marca o início de um período em que a mulher não pode mais conceber e ter seus próprios filhos, não é mais sustentada. O avanço das técnicas de fertilização assistida alterou o marcapasso biológico da maternidade. Hoje, a mulher pode não apenas gerar filhos absolutamente saudáveis após a menopausa (com óvulos seus congelados ou de doadoras), como conceber uma criança através de inseminação de espermatozoides armazenados em banco de sêmen.

Os pesquisadores, preocupados com o contexto social da reprodução humana, têm concluído que as manifestações culturais exaltam as virtudes da fertilidade. Ávila (2001) destaca que, apesar dos progressos médicos e científicos, a maternidade ainda é considerada cultural e socialmente como parte da realização feminina, podendo trazer danos no que se refere à identidade como tal. Segundo Roach (1992), a concepção de feminilidade e maternidade fundamenta-se na maternidade como vivência essencial para a mulher e na percepção da maternidade como algo geneticamente definido.

## **Infertilidade**

A reprodução sinaliza a sobrevivência e continuidade da família e da espécie. Para muitos, os filhos representam um pequeno pedaço de imortalidade, uma extensão para o

futuro. Ter filhos é um objetivo muito antecipado para a maioria das mulheres e homens. No entanto, poucos destes indivíduos imaginam que terão problemas para conceber uma criança (Langer, 1981; Johnston, 1992).

Ao longo dos séculos, a fertilidade foi considerada uma bênção, um prêmio e a infertilidade vista como uma maldição divina ou como castigo que podia ser anulado com votos e peregrinações. A noção de infertilidade como castigo encontra-se presente em mitos e crenças populares das mais variadas épocas e lugares.

Em nossa cultura há uma pressão social e familiar muito forte no sentido de que todo casal tenha filhos. Na verdade, esta pressão constitui o motivo principal de alguns casais iniciarem um tratamento para a infertilidade – não há um desejo legítimo de ter filhos ou conflitos importantes quanto a isto. No entanto, a obrigação interior de produzirem filhos e o medo de serem estéreis gera a necessidade de buscar uma gravidez. Ter um filho passa a ser a meta prioritária, a única possibilidade de realização (Maldonado, 1989).

A maioria dos especialistas define infertilidade como o fracasso de um indivíduo para reproduzir após um ano de tentativas (Downey & McKinney, 1992). Entretanto, Schaffer e Diamond (2002) consideram-na como a incapacidade para conseguir gravidez ou parto de um bebê vivo após um ano de relações sexuais regulares.

A infertilidade é considerada uma experiência médica, psicológica e social que exige uma redefinição, pelo casal, de suas identidades como indivíduos e como parceiros. O casal move-se de uma espera pela gravidez para o reconhecimento de serem incapazes de ter filhos biológicos. A noção da procriação gera, no homem e na mulher com problemas de infertilidade, sentimentos de fracasso, baixa auto-estima, autodesvalorização, vergonha, humilhação, inferioridade, inutilidade e muita frustração. Matthews e Matthews (1986) definem esta experiência como “transição para a não-parentalidade”. Tal experiência envolve o abandono da possibilidade de parentalidade biológica e uma maior conscientização, e até mesmo, aceitação da possibilidade de parentalidade social através da adoção.

Superar a crise imposta pela experiência da infertilidade é uma tarefa quase impossível para aqueles casais que consideram que a família necessariamente inclui em sua estrutura filhos biológicos (Kusnetzoff, 1997). Estudos mostram que cerca de 10% dos casais declarados estéreis, que iniciam um processo de adoção, têm um filho no período de dois anos após terem tomado as primeiras providências legais (Laborie, 1993). É como se, após terem tido acesso a uma paternidade social, graças à adoção, eles pudessem ter um filho biológico. Maldonado (1992) e Piva (2002) referem que a adoção funciona como um

relaxamento dos controles inconscientes, que acabam sendo reduzidos através das experiências boas com a maternidade adotiva, favorecendo, assim, a gestação natural.

Para os casais inférteis e suas famílias, a biologia da reprodução não é um processo simples, pois pode envolver perda e tristeza traumáticas, sentimentos de inadequação e inveja, além de um período quase sempre longo de interação com médicos, que se tornam extremamente envolvidos com a vida do casal (McDaniel, HepWorth & Doherty, 1994). A sexualidade perde um pouco de sua espontaneidade e de seu sentido lúdico de prazer em meio aos gráficos de temperatura, testes e tratamentos. O tratamento da infertilidade intensifica a perda do controle sobre um aspecto privado da vida do casal, a sua relação sexual.

Na maioria dos casos, a dificuldade de engravidar deve-se a uma combinação de baixa fertilidade em ambos os membros do casal. Szejer e Stewart (1997) afirmam que quando um casal constata a infertilidade, atribuem o problema à mulher, a qual passa a carregar a culpa pela falta de filhos, mesmo nos casos em que o marido é azoospermico. Em todo o caso, nas consultas sobre infertilidade, quando um casal deseja ter um filho e não consegue, em mais de 90% dos casos é a mulher quem consulta primeiro para saber se ela é estéril; às vezes o casal, e excepcionalmente, o homem.

Conforme Meyers, Diamond, Kesur e Scharf, (1995), homens e mulheres têm contribuído eqüitativamente para a infertilidade. As causas atribuídas às dificuldades da mulher estão em 35% e as atribuídas ao homem também estão em 35%, 20% resultam de alguma interação de fatores entre o casal, e 10% dos casos ainda não são explicados. Uma gravidez bem-sucedida depende do inter-relacionamento de vários órgãos e hormônios. Os fatores psicológicos tais como ansiedade e estresse, podem interferir na fertilidade de modos não completamente compreendidos, pelo fato de a própria infertilidade resultar em estresse considerável para o casal. Mougoussi (1997) afirma que em torno de 5% dos casos em que, apesar de uma avaliação completa não se consiga identificar a razão para não se desenvolver uma gravidez, poder-se-ia pensar em causas emocionais.

De acordo com Szejer e Stewart (1997), existem duas grandes categorias de infertilidade para as mulheres: as “explicáveis”- aquelas para as quais foram encontradas razões orgânicas, podendo ou não estarem associadas a causas psicológicas - e as “inexplicáveis”- aquelas para as quais não se encontra uma razão orgânica compreensível, também denominadas de psicogênicas. Diversos autores têm contribuído para a compreensão da importância de impedimentos de ordem psicológica à infertilidade (Benedek, 1952; Deutsch, 1977; Langer, 1986; Dolto, 1984).

Kipper e Zadik (1996) apontam que as duas hipóteses em relação à origem psicológica da infertilidade funcional provinham de duas teorias: a do estresse e a teoria psicanalítica. A primeira considerava a infertilidade o resultado da somatização de pressões e conflitos; a segunda, a efeitos da personalidade e padrões primários da relação mãe-filha. Os autores afirmam que as descobertas não preenchem todas as lacunas, mas estabelecem alguns parâmetros confiáveis em que os fatores psicológicos se fazem presentes na etiologia da infertilidade.

As ansiedades graves podem interferir na ovulação e frequência do intercurso, mas segundo Speroff (1986), até o momento não foram encontrados fundamentos fortes para se apontar fatores da personalidade como causa da infertilidade humana. Maldonado (1992) refere que o equilíbrio hormonal e a regularidade da ovulação são facilmente rompidos em função da ansiedade e de conflitos importantes com relação à maternidade, gerando inibição da ovulação ou até mesmo o espasmo das trompas. O medo de gerar filhos forma os alicerces de inúmeros casos de infertilidade e de transtornos da fecundação, tanto na mulher como no homem. O desejo, freqüentemente aliado ao medo, pode provocar alterações psicossomáticas de intensidade variada, desde o simples atraso menstrual, com as correspondentes fantasias de fecundação, até as impressionantes manifestações da pseudociese<sup>1</sup>.

As mulheres lamentam cada período menstrual e podem experienciar o fracasso reprodutivo como uma inadequação pessoal. Elas tendem a se sentir desgraçadas por não conseguirem realizar o que é considerado como parte mais importante do sexo, a capacidade de procriação. Bastos (1995) destaca que a infertilidade é vista como um sentimento de desvalia para essas mulheres, como um defeito, “uma ferida narcísica que as faz sentirem-se menos mulheres, diminuídas diante das que tem filhos, infantilizadas aos olhos de suas próprias mães” (p.919). Langer (1986) propõe um entendimento psicanalítico acerca das dificuldades de fecundação. Refere que o ódio à mãe grávida, vivido na infância, o desejo de continuar sendo uma menina mimada, faz com que a mulher se sinta culpada e isto a impediria de amadurecer e transformar-se em mãe. Dessa forma, o ódio à mãe e o temor ao castigo, seriam considerados fatores da infertilidade feminina.

A infertilidade feminina, de acordo com alguns pressupostos psicanalíticos, estaria associada a características de personalidade e padrões primários de relação mãe-filha. Uma dessas suposições seria a de que as mães de mulheres inférteis se caracterizariam por apresentarem, em relação à filha, uma rejeição inconsciente, ou uma ambivalência em

---

<sup>1</sup> Pseudociese: falsa crença de estar grávida associada com sinais objetivos de gravidez.

direção à sua feminilidade e seu papel como mãe. Estes sentimentos, segundo Kipper e Zadik (1996), seriam projetados nas filhas, que os internalizariam durante seu processo de identificação.

Maldonado (1992) destaca que, em algumas mulheres, a dificuldade de engravidar ou de levar a gestação a termo liga-se, no inconsciente profundo, a uma falta de *holding* na relação com a mãe; ao não se sentir sustentada, a mulher sente dificuldades de sustentar e carregar dentro de si uma nova pessoa; a sensação precoce de vazio, de insatisfação e de não preenchimento de necessidades básicas na relação primordial costuma estar sempre presente nas fantasias de um bebê voraz, sempre disposto a esvaziar as reservas da mãe (p. 209). Para Klempler (1992), as identificações maternas provêm uma base para a maternidade que a infertilidade rompe, impedindo a oportunidade para a recapitulação ou reparação das falhas maternas precoces.

A infertilidade poderia estar ligada a uma fixação numa fase anterior do desenvolvimento. Pines (1989) entende que se as necessidades de um bebê não são satisfeitas adequadamente, aparecerão sentimentos de ira, frustração e ódio para com a mãe, que, conseqüentemente, empobrecerão o mundo interno, trazendo desconfiança diante das boas experiências de vida. A criança poderá se sentir insatisfeita com a mãe e insatisfatória para ela, o que pode levar a uma baixa auto-estima e uma dificuldade para dar e receber cuidados em fases posteriores da vida. Para esta autora, a maioria das mulheres inférteis tem uma relação difícil e conflitiva com suas mães. Muitas dessas mulheres depreciam, consciente ou inconscientemente, suas mães.

Bydlowsky (1997) aponta para a importância da dívida na constituição do sujeito, ao relacionar a fecundidade à filiação feminina e à necessidade de possuir uma sombra. Conforme a autora, a partir da clínica com mulheres ditas inférteis, identificam-se duas condições fundamentais: uma, da sombra materna, que apontaria para a necessidade de essa mulher ter de forma imaginária uma figura idealizada de mãe, oriunda dos tempos iniciais da vida, aquela dos primeiros cuidados, fonte da vida e da ternura. Condição esta favorável a uma reconciliação. E a outra, a questão em torno da dívida da vida. A autora postula que a vida não é um presente gratuito, tornando-se imprescindível transmitir o que nos foi dado. A fim de reconhecer essa dívida, que poderia ser paga ou não com a procriação, a mulher precisaria admitir, por identificação, que haveria algo de sua mãe em si mesma. A promessa de imortalidade e de morte implica uma dívida que circula de mãe para filha. Dessa forma, o ponto essencial apresentado pela autora é a existência de uma dívida em todos os sujeitos em relação àquele ou àqueles que contribuem para sua formação. A assunção da feminilidade e a conseqüente construção da singularidade

favorece a produção e a transmissão. Portanto, a transmissão começaria quando quitássemos nossa dívida simbólica com as nossas origens, o que implicaria dizer que ela se realiza no registro filial.

Estudos mostram que cerca de 10% dos casais deparam-se com o fato de ter algum problema de infertilidade que pode impedir que tenham filhos biológicos (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1996). No entanto, alguns casais que ainda desejam ter filhos biológicos, e têm recursos para isso, buscam novas tecnologias reprodutivas. As opções terapêuticas são muito variadas e definidas de acordo com o diagnóstico estabelecido. As mais utilizadas são o uso de medicamentos (para tratar possíveis doenças infecciosas, para indução da ovulação, para melhorar a quantidade e qualidade do sêmen); as intervenções cirúrgicas, a inseminação intra-uterina, a fertilização *in vitro*, injeção intracitoplasmática de espermatozóide. Todas as técnicas terapêuticas atualmente disponíveis, de acordo com Kraft, Palombo e Mitchell (1980), podem auxiliar cerca de metade dos casais que procuram tratamento para infertilidade.

A inseminação artificial é a deposição de espermatozóides no aparelho genital feminino, sem coito. É considerado o tratamento mais comum para a infertilidade masculina, podendo ser realizada com o esperma do parceiro ou com o esperma de um doador. Para este último caso, existem bancos de esperma com catálogos, de modo que os futuros pais podem escolher seus doadores com base nas características físicas, tipo sanguíneo, interesses e habilidades.

Uma outra alternativa é a fertilização *in vitro*, um procedimento no qual o esperma do homem fertiliza o óvulo de uma mulher em um tubo de ensaio e depois é reimplantado na cavidade uterina (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1994). É um procedimento caro que envolve testes de sangue, ultra-som, drogas para a fertilidade e cirurgia. Apesar de todas as possibilidades que a tecnologia médica oferece atualmente, há casais que não conseguem engravidar nem levar a gestação adiante, além de que nem todos os casos de fertilização *in vitro* são bem-sucedidos. De acordo com Burns e Covington (1999), o emprego deste método (FIV) e suas variações, continuam a ter mínimas taxas de sucesso, geralmente menos de 20%. Em 1993, por exemplo, 81,2% dessas fertilizações não resultaram em gravidez.

A injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI) é indicada para os casos de baixa produção ou má qualidade do esperma, quando os espermatozóides não conseguem penetrar no óvulo, injeta-se um deles diretamente no citoplasma com auxílio do micromanipulador. Muitos homens que estariam na faixa da infertilidade podem fertilizar óvulos por meio do método, dispensando a doação de esperma.

Sabe-se que a concepção depende da interação anatômica, funcional e imunológica dos parceiros. Porém, defeitos anatômicos, hormonais, funcionais, imunológicos e iatrogênicos podem impossibilitar que haja fertilização e que se estabeleça gravidez. Segundo Badalotti e Petracco (1997), os fatores etiológicos responsáveis pela infertilidade podem ser divididos em quatro grupos básicos: femininos, masculinos, mistos e desconhecidos.

Na mulher, as causas de infertilidade ocorrem devido a problemas, em geral obstrução nas trompas de Falópio, que não são reversíveis por tratamento cirúrgico. Outras causas de infertilidade feminina são: seqüelas de Doenças Sexualmente Transmissíveis; distúrbios emocionais; disfunção tiroideana; mudanças bruscas de peso; amenorréia; cistos; tumores ovarianos; tumores pélvicos; cicatrizes no útero; estreitamento do colo do útero (fator cervical); fatores imunológicos (alergia ao espermatozóide do companheiro); endometriose; perda cirúrgica de ovários; histerectomia, etc.

Nos homens, a infertilidade pode ocorrer devido à baixa produção de espermatozóide; espermatozoides de pouca motilidade; produção de espermatozoides anormais quanto ao tamanho e ao formato; ausência total de espermatozoides. Outras causas são: alcoolismo, tensão, DST's, distúrbios hormonais, infecções urinárias, tabagismo, trauma físico nos órgãos genitais, etc.

A infertilidade mista ocorre nos casos em que se identifica tanto um fator masculino como um fator feminino no casal e, ainda, nos casos em que existe um fator imunológico envolvido (Testart, 1993). Já os casos definidos como infertilidade sem causa aparente são aqueles em que, após uma investigação completa do casal, não se determina uma causa para a falta de gravidez.

Os métodos de investigação utilizados para diagnosticar a etiologia da infertilidade são menos invasivos no homem do que na mulher, uma vez que o esperma é uma secreção facilmente coletada. No entanto, os exames masculinos são de difícil interpretação comparados aos femininos (Testart, 1993; MacDaniel, Hepwort & Doherty, 1994). A literatura evidencia que o exame de sêmen deve ser o primeiro passo a ser dado na investigação diagnóstica. Se o resultado mostrar um razoável potencial para a fertilidade, então a atenção passa a ser dirigida à mulher (Speroff, Glass & Kase, 1986).

A maioria das intervenções biotécnicas para a conquista da gravidez são muito desgastantes, física e emocionalmente. Guazelli e Vaz (2000), numa entrevista realizada com profissionais que trabalham com casais inférteis, referem que os casais chegam aos Serviços de Fertilidade estressados, já passaram por uma série de médicos e por tratamentos fracassados e, muitas vezes, depositam todas as suas esperanças nesse novo

tratamento. Geralmente, alguns destes casais, após conseguirem a fertilização tão sonhada, abandonam o acompanhamento, apesar de ainda necessitarem de apoio para tratar de questões complexas, resultantes do próprio processo de fertilização.

Alguns estudos têm investigado as relações familiares e o desenvolvimento social e emocional das crianças nascidas através de novas tecnologias de reprodução. Golombok, Cook, Bish e Murray (1995) examinaram a qualidade do relacionamento pais-criança e o desenvolvimento da criança em famílias criadas como resultado de dois métodos reprodutivos, a fertilização *in vitro* (41 famílias) e a inseminação artificial com espermatozoides de um doador (45 famílias), em comparação com um grupo controle de 43 famílias com concepção natural e 55 famílias adotivas. As crianças tinham entre 4 e 8 anos de idade. A qualidade da parentalidade foi investigada através de uma entrevista e escalas. O estado psiquiátrico das crianças foi obtido através de uma entrevista e um questionário com as mães, sendo também respondido pelas professoras da escola. As crianças foram examinadas quanto à competência social e apego. Os resultados sugeriram que a qualidade da parentalidade em famílias com uma criança concebida por fertilização assistida é superior à mostrada por famílias com crianças concebidas naturalmente, até mesmo nos casos de doação de gametas. Famílias com uma criança concebida por reprodução assistida obtiveram escores mais altos nas medidas de envolvimento emocional com o filho, afetividade materna, interação mãe-criança e pai-criança enquanto os pais de crianças concebidas naturalmente mostraram altos níveis de estresse associados com a parentalidade.

Klock e Greenfeld (2000) realizaram um estudo longitudinal examinando as diferenças psicológicas entre mulheres que engravidaram através da fertilização *in vitro* (FIV) e mulheres que engravidaram naturalmente. Participaram desse estudo 74 mulheres que engravidaram via fertilização *in vitro* e 40 mulheres que conceberam sem intervenção médica. No grupo FIV as mulheres eram mais velhas e estavam casadas há mais tempo do que o grupo que concebeu naturalmente. Foram utilizados questionários auto-aplicados sobre dados demográficos, história reprodutiva, ajustamento conjugal e outras medidas sobre depressão, ansiedade e auto-estima. Os resultados sugeriram que a auto-estima, depressão e ansiedade nos 18 e 28 meses de idade gestacional são similares em ambos os grupos. No grupo de FIV, as mulheres apresentaram um aumento da auto-estima e uma diminuição da ansiedade no decorrer da gravidez.

Um estudo realizado por Braverman, Boxer, Corson e Hendrix (1998) examinou as características e atitudes de 373 pais de crianças nascidas através de tecnologias de reprodução assistida. Foi utilizada uma escala sobre a relação pais-filho e 35 itens sobre a

percepção dos pacientes sobre a sua infertilidade, parentalidade e experiência com o tratamento. A média de idade das mães foi de 35 anos e dos pais 37 anos. Os resultados mostraram que 29,8% das mulheres tinham preocupação em abortar, 27,6% com a saúde do bebê, 41% gostariam de ter mais filhos e 44,5% utilizariam novamente as tecnologias de reprodução assistida. As mulheres, mais do que os homens, sentiram o tratamento como o evento mais difícil de suas vidas. Após o nascimento do bebê, os pais não se sentiram superprotetores e não tinham maiores preocupações com a saúde e o bem-estar de seus filhos. A transição para a parentalidade foi ao encontro de suas expectativas, sendo desfrutada pelo casal, com grande satisfação.

Copin, Munter, Nys e Vandemeulebroecke (1999) estudaram o estresse parental e o bem-estar psicossocial entre pais de gêmeos concebidos naturalmente ou por tecnologia reprodutiva. Participaram desse estudo 54 famílias que tiveram seus filhos sem assistência médica, 25 famílias que realizaram tratamento hormonal e 24 famílias que realizaram fertilização *in vitro* ou inseminação artificial com o sêmen de um doador. A investigação foi feita através de uma escala sobre estresse e um questionário para avaliar a saúde física. Os resultados apontaram um nível de estresse mais alto nas mães com história de infertilidade em relação à competência parental e saúde, e mostraram níveis mais baixos de bem-estar psicossocial quando comparadas com as mães que conceberam naturalmente.

Apesar de alguns estudos ressaltarem uma relação negativa entre a utilização das novas tecnologias reprodutivas e suas conseqüências para o ajustamento individual, relacionamento conjugal, parentalidade e desenvolvimento infantil, grande parte dos estudos aponta resultados favoráveis para as mulheres inférteis em relação a estes fatores. Na verdade, a literatura não apresenta resultados conclusivos determinantes dos efeitos sobre essa população. Muito ainda precisa ser investigado no sentido de descobrir as conseqüências, em longo prazo, da utilização das novas tecnologias reprodutivas.

## **Objetivos e justificativa**

Muitos estudos mostram que o processo de reprodução medicamente assistida gera ansiedade, estresse, dificuldade sexual e depressão nas mulheres e pode causar um impacto adverso no relacionamento conjugal, sobrecarregando-o de acusações, culpas, frustrações e desapontamentos. Na literatura, os achados se referem a manifestações de distúrbios psicológicos associados com a condição de infertilidade: frustração, angústia, diminuição da auto-estima, dificuldades interpessoais e ansiedade. Grande parte dos estudos é de natureza quantitativa, sendo que alguns destes consideram a infertilidade como um evento estressor e utilizam-se de escalas para sua investigação. A maioria das pesquisas examina os efeitos da utilização das Novas Tecnologias Reprodutivas no ambiente familiar e no desenvolvimento infantil após o nascimento do bebê, não se preocupando com a vivência experimentada pela mulher no período em que aguarda a gravidez. Poucos estudos têm sido realizados para o entendimento das reações emocionais e implicações psicológicas da infertilidade, em especial as expectativas e sentimentos das mulheres durante o tratamento. Nesse sentido, o presente estudo visa examinar as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida, visto que é um momento delicado, no qual as mulheres experienciam inúmeras vivências e sentimentos.

## CAPÍTULO II

### MÉTODO

#### Participantes

Participaram desse estudo seis mulheres com idades entre 22 e 37 anos, casadas, que realizavam o processo de reprodução assistida. O nível de escolaridade variou desde o Ensino Fundamental incompleto (uma participante), passando pelo Ensino Médio completo (três participantes) e Ensino Superior (duas participantes). As mulheres residem em diferentes cidades do interior do estado do Rio Grande do Sul e trabalham fora de casa. As participantes foram contatadas na sala de espera do Setor de Reprodução do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e entrevistadas, em horário previamente agendado, durante o período de espera pelo resultado. Cabe salientar que não houve prioridade de escolha sobre uma técnica de reprodução específica. A tabela 1 apresenta as características demográficas das participantes.

Tabela 1

Dados Sócio-demográficos das participantes

<b>Caso</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>
Elaine	37	Ensino superior completo	Funcionária pública
Clara	22	Ensino fundamental incompleto	Industriária
Lídia	35	Ensino médio completo	Comerciante
Juliana	30	Ensino médio completo	Comerciante
Maria	32	Ensino médio completo	Industriária
Marcela	33	Ensino superior completo	Professora

O setor de Reprodução Assistida do HCPA atende pacientes de níveis sócio-econômicos variados e de diversas regiões do País. Para ingressar no Programa de Fertilização Assistida, a paciente deve realizar o pedido através de um Posto de Saúde, cabendo a este providenciar a marcação da consulta. O HCPA é um dos primeiros locais do país a oferecer reprodução assistida pelo serviço público de saúde. Os procedimentos são feitos gratuitamente, sendo os medicamentos custeados pela própria paciente. Por tratar-se

de um atendimento gratuito, no programa, só são incluídas mulheres com até 38 anos. Cada paciente tem o direito de realizar três tentativas de gravidez. É necessário que a paciente seja casada ou tenha uma relação estável com o companheiro.

No presente estudo, os procedimentos foram realizados por uma médica do Setor de Reprodução do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA. As consultas aconteciam com frequência, para administração de medicação e acompanhamento da evolução dos óvulos.

### **Delineamento e Procedimentos**

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994). Buscou-se examinar as semelhanças e particularidades dos casos quanto ao projeto de ter um filho, expectativas em relação à maternidade, tentativas de gravidez, tratamento da infertilidade, sentimentos em relação ao tratamento, vida conjugal e rede de apoio. Num primeiro momento, foi feito um contato com o chefe do Setor de Reprodução do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre a fim de obter uma autorização para entrevistar as pacientes em tratamento. A partir disso, as pacientes foram abordadas na sala de espera enquanto aguardavam a consulta. Nesta ocasião, a entrevista era agendada para um horário anterior à próxima consulta. As entrevistas foram realizadas numa sala reservada para este fim. Na entrevista foram dadas informações sobre o objetivo do estudo e procedimentos. Diante disso, assinaram um **consentimento livre e esclarecido** (Anexo B), no qual se declaravam cientes de sua participação na pesquisa. Este documento informa sobre os objetivos do estudo, a forma de coleta e tratamento dos dados, os direitos da participante, etc. Em seguida, responderam à **entrevista de dados sócio-demográficos** e, posteriormente, à **entrevista sobre as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida**. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, mediante consentimento das participantes.

### **Considerações éticas**

Segundo a resolução 196 do Código de Ética, as pesquisas devem atender às exigências éticas e científicas, caracterizadas pelo consentimento livre e esclarecido, a ponderação entre os riscos e os benefícios e a relevância social da pesquisa (Ministério da Saúde, 1996). O Conselho Federal de Psicologia inseriu uma resolução (016/2000) acerca da ética nas pesquisas, assegurando o bem-estar e a saúde dos participantes.

No presente estudo, os participantes receberam esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa, a forma de coleta e tratamento dos dados. Foi respeitada a decisão sobre a sua participação no estudo, tendo o direito de desistir, caso fosse a sua vontade. Outro aspecto ressaltado foi a garantia de sigilo e proteção aos participantes, de modo que a identificação dos mesmos foi alterada. Estas informações foram explicitadas no consentimento informado e apresentadas aos participantes no início do estudo.

Em relação aos possíveis danos que este estudo poderia causar aos participantes, pode-se mencionar a emergência de sentimentos e conteúdos emocionalmente dolorosos. Principalmente pelo fato de que as entrevistas ocorreram num momento de tensão, angústia e ansiedade geradas pela situação de tratamento. Nos casos em que se percebeu um intenso sofrimento ou desconforto, por parte da participante, foram fornecidas referências de serviços e instituições de atendimento psicológico. Contudo, para muitas mulheres a entrevista oportunizou um momento de reflexão sobre a sua experiência de tratamento, permitindo revelarem suas ansiedades.

Além disso, também foi respeitado o direito da participante de não revelar certas informações. Os dados estão mantidos no Instituto de Psicologia da UFRGS, na sala 108. O presente projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos. Cópia da resolução deste comitê, com a aprovação da seguinte pesquisa, encontra-se no anexo A.

Este estudo buscou proporcionar um melhor entendimento e compreensão das expectativas e sentimentos de mulheres que buscam Novas Tecnologias de Reprodução, servindo de colaboração aos médicos, obstetras e especialistas em problemas de reprodução, para que estes possam conhecer os aspectos psicológicos envolvidos e lidar com algumas questões trazidas à tona por suas pacientes. As evidências encontradas podem contribuir para reforçar a necessidade de um acompanhamento psicológico para essas mulheres durante todo o processo de reprodução medicamente assistida.

## **Material e Instrumentos**

**Entrevista de Dados Sócio-demográficos:** Essa entrevista estruturada foi utilizada para obter informações sobre os dados sócio-demográficos da participante. É uma entrevista estruturada com perguntas fechadas, tais como idade, escolaridade, profissão, religião, etc. (ver Anexo C).

**Entrevista sobre as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida:** Essa entrevista semi-estruturada é uma adaptação da Entrevista sobre o Desejo de ter Filhos e o Impedimento da Gestação (Krahl & Piccinini, 2002) e da Entrevista sobre a Gestação e as Expectativas e Sentimentos das Gestantes (GIDEP-UFRGS, 1998). Esse instrumento teve como objetivo investigar a história do casal em relação ao desejo de ter filhos (ex: decisão de ter filhos, representação do filho, opinião do marido frente à decisão de ter filhos), expectativas e os sentimentos em relação à maternidade (ex: significado da maternidade, expectativas de sua relação com o bebê, modelo de maternidade), as tentativas de gravidez (ex: tentativas anteriores, alternativas frente à impossibilidade de gravidez), o tratamento da infertilidade (ex: método adotado, motivo da escolha do método, causa da infertilidade), os sentimentos em relação ao tratamento (ex: preocupações relativas ao tratamento, sentimentos em relação aos procedimentos, dificuldades relacionadas ao tratamento), além de questões sobre o relacionamento conjugal (ex: sentimentos do marido frente à decisão de tratamento, percepção de mudanças no marido e no relacionamento) e rede de apoio (apoio recebido, reação dos familiares frente ao tratamento). (ver Anexo D).

### **Análise dos Dados**

Após o levantamento dos dados, foi utilizada Análise de Conteúdo Qualitativa (Bardin, 1979; Laville & Dione, 1999) a fim de examinar o conteúdo do relato das entrevistas, buscando compreender seu sentido e significado. As categorias de análise foram definidas a partir dos seguintes temas pré-determinados pela revisão da literatura: *projeto de ter um filho, expectativas em relação à maternidade, tentativas de gravidez, tratamento da infertilidade, sentimentos em relação ao tratamento, vida conjugal e rede de apoio.*

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos através da análise das entrevistas realizadas durante a coleta de dados. A análise teve como objetivo verificar as semelhanças e particularidades presentes nas falas das mulheres sobre as suas expectativas e sentimentos em situação de reprodução medicamente assistida. As respostas encontradas na *Entrevista sobre as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida* foram examinadas através da Análise de Conteúdo Qualitativa, descrita por Bardin (1979) e Laville e Dione (1999). Conforme esta técnica, o conteúdo manifesto foi recortado e organizado em categorias temáticas, destacando as especificidades presentes no texto. Algumas categorias foram construídas no decorrer da análise dos dados e outras foram pré-estabelecidas pela revisão de literatura.

O material está organizado por casos, num total de seis casos. Em cada caso são apresentados, primeiramente, alguns dados de identificação da participante, baseados na *Entrevista de dados sócio-demográficos*, e impressão geral transmitida. A seguir, cada caso contém a primeira categoria denominada **Projeto de ter um filho**, que visa fornecer informações relacionadas à idéia de ter filhos, decisão de ter filhos, representação do filho, preferência pelo sexo do bebê e opinião do marido frente à decisão de ter filhos. A segunda categoria refere-se às **Expectativas em relação à maternidade**, fornecendo dados a respeito do significado da maternidade, significado do bebê, expectativas de sua relação com o bebê, modelo positivo e negativo de maternidade, relação com a mãe na infância e hoje, aspectos negativos da maternidade e idéias sobre a maternidade. A terceira categoria, **Tentativas de gravidez**, trata das tentativas anteriores naturais ou artificiais, alternativas frente à impossibilidade de gravidez, tempo de tentativas, tempo de pausa entre as tentativas de gravidez e gravidezes anteriores. A quarta categoria, **Tratamento da infertilidade**, diz respeito à iniciativa do tratamento, início do tratamento, método adotado, tratamentos anteriores, exames realizados, motivo da escolha do método, causa da infertilidade, diagnóstico recebido, opinião médica sobre a possibilidade de gravidez e informações obtidas sobre o tratamento. A quinta categoria, **Sentimentos em relação ao tratamento**, aborda os sentimentos despertados pela decisão de realizar o tratamento, preocupações relativas ao tratamento, sentimentos em relação aos procedimentos, mudanças ocorridas, sentimentos físicos e emocionais, dificuldades relacionadas ao tratamento, opinião sobre as hipóteses médicas, temor à idade, reações aos tratamentos

fracassados e presença de eventos negativos influenciando o tratamento. A sexta categoria, **Vida conjugal**, diz respeito aos sentimentos do marido frente à decisão de tratamento, percepção de mudanças no marido e no relacionamento, preocupações do marido em relação a este processo, reação do marido ao tratamento, participação no tratamento, sentimentos em relação aos outros casais, pressão do marido para realizar o tratamento adequadamente, expectativas frente ao comportamento do marido durante o tratamento, sentimento de solidão frente ao marido, apoio oferecido, apoio esperado, a repercussão da vinda do bebê no relacionamento conjugal e sentimentos associados, presença de substituto para o bebê e opinião do marido sobre a adoção. A sétima categoria, **Rede de apoio** se refere ao apoio recebido das outras pessoas, tratamento sigiloso ou dividido com familiares e amigos, reação dos familiares frente à decisão pelo tratamento e sentimento de cobrança advindo das pessoas. Cabe salientar que cada uma das categorias temáticas mencionadas foi dividida em subcategorias.

A seguir serão apresentados os casos analisados individualmente, destacando-se alguns dados pessoais da participante e impressão geral transmitida. Cada categoria será examinada utilizando-se de vinhetas oriundas das próprias entrevistas para exemplificar o tema em questão. Posteriormente a apresentação dos resultados, serão discutidas as particularidades e possíveis semelhanças presentes nos casos.

## **Caso 1: Elaine**

### **Dados de identificação**

Elaine tem 37 anos e é casada há 6 anos com Dirson que está com 41 anos. O casal reside numa cidade do interior do estado e ambos trabalham como funcionários públicos. Elaine é uma mulher magra, de estatura baixa, com expressão sorridente e corpo retraído. Tem olhos pretos, cabelos lisos, curtos e escuros. Elaine sempre comparecia às consultas acompanhada do marido. Ao ser convidada para participar da pesquisa aceitou prontamente o convite, se disponibilizando a vir num horário anterior ao de sua consulta. Durante a entrevista, falava baixinho e preocupava-se em responder as questões da maneira mais completa possível.

## Projeto de ter um filho

Elaine conta que os planos do casal eram primeiramente casar, adquirir uma casa e, quando estivesse com certa estabilidade financeira, planejar a vinda do bebê. *“A nossa meta era casarmos e termos um filho, né, porque nós dois já estávamos numa idade já porque eu tô com 37, né, aí mais ou menos ia fazer com 31, né, então a gente pensava em ter um filho em seguida, pra ser pais não avós, né.”* Ela comenta que essa vontade de ter filhos sempre foi de ambos. *“Até ele é mais criancieiro que eu, assim essa parte mais, né, de gostar de criança.”*

Um filho neste momento, segundo ela, significa dar continuidade à espécie. *“Ah, eu acho que assim é bem o fato de perder a mãe assim, é bem assim aquela coisa de continuidade, né, tu te sentindo assim nossa se eu partir desse mundo terminou, não tem mais ninguém. Agora assim tá pesando mais bem assim aquela coisa assim de continuidade mesmo.”* Elaine comenta que gostaria de ter uma menina. Ela enfatiza a sua preferência pelo fato de ter tido um bom relacionamento com sua mãe *“Eu tinha um relacionamento com a mãe assim que era muito legal, né, aí eu penso assim que se eu tiver uma menina eu quero, se eu tiver a metade assim já vai ser um sucesso, né.”*

## Expectativas em relação à maternidade

Elaine considera a maternidade algo muito importante, destacando que, caso não consiga ser mãe, se formará uma lacuna nesta etapa da sua vida. *“Sabe assim ocupa, vamos supor assim, na escala de valores ocupa um valor assim bem grandão (...) tanto é assim que se eu não pudesse ser mãe assim naturalmente eu vou né assim pra adoção, porque senão eu vou ficar sem, eu acho que eu vou ter um período que vai faltar, sabe então eu vou preencher aquela lacuna, é grande.”* Elaine acha que será uma boa mãe, porém menciona que deverá tomar cuidado para não exigir perfeição dos filhos. *“E isso eu tenho acho que me policiar. Senão eu vou querer que os filhos sejam aqueles perfeitinhos sabe aquela coisa assim, isso eu tenho consciência.”*

Como modelo de maternidade, Elaine se espelha em sua mãe. *“A mãe, a velhinha deu um show.”* Ela conta que mantinha um bom relacionamento com a mãe. Os irmãos casaram e, como era a mais nova, permaneceu mais tempo com a mãe. *“Então assim a gente ficou então só eu e ela em casa, daí foi aquele relacionamento assim mais do que mãe e filha, uma coisa bem legal. Tanto é que quando ela ficou doente assim, eu meio assim que, vamos supor, passei a perna nos meus irmãos todos, eu que tomei as decisões,*

*ela vai embora comigo, sabe, né.*” Elaine aponta que não gostaria de ter como modelo de mãe as suas colegas de trabalho, pois cometem absurdos na educação dos filhos.

Elaine conta que sua mãe trabalhava como dona de casa e, quando seu pai faleceu, precisou ir trabalhar fora para sustentar os filhos. Refere que na geração dos seus pais, predominava o sistema patriarcal, sendo o castigo destinado ao chefe da família. *“Ela era mãezinha submissa, aquela coisinha assim. Mais a gente via assim que era naquela submissão dela, mais quem controlava, hoje a gente entende, que quem controlava era ela.”* Elaine conta que seu pai faleceu quando ela tinha 12 anos e que após este fato a família se desestruturou. Relata que seus irmãos sempre se queixavam que a mãe não os deixava sair. *“E daí eu não tive aquela coisa assim de a mãe deixar eu sair ou não sair porque daí a gente era companheira uma da outra, sabe aquela coisa assim, eu não tive essa fase, assim, né.”*

A maternidade, na opinião de Elaine, é algo muito bonito, porém desgastante física e emocionalmente. *“Eu acho a maternidade muito linda, muito fofa, mas aquelas coisas assim de ficar sabe até de madrugada brincando com a criança. Isso eu acho meio estressante.”* Refere que a maternidade também abrange alguns aspectos negativos que, muitas vezes, não são considerados. *“É que assim a gente só visualiza tudo de bom do bebê, né o bebê aquela coisa sim, mas a gente sabe que não é bem assim.”* Apesar disso, ela conta que o filho significa um motivo de viver. *“Mas eu acho que até é uma necessidade não sei do ser humano de ter um filho (...) então a gente pensa: pelo que a gente vai lutar? Pelo filho.”*

### **Tentativas de gravidez**

Essa é a quarta tentativa do casal para engravidar através de reprodução assistida. Elaine realizou dois ciclos curtos, fazendo uso de pouca medicação, mas não obteve resultado. Então, o casal decidiu dar uma pausa devido à doença da mãe de Elaine. *“Então foi assim um período muito, muito, muito, muito assim, né, complicado e uma coisa assim bem especial, né. E aí então eu achei melhor, que eu não conseguiria levar as duas coisas simultâneas, né: a doença dela e mais o tratamento, né. Daí a gente deu uma pausa.”* A pausa foi de dois anos e a mãe de Elaine veio a falecer em meados de fevereiro. Ela refere que não estava em condições de retornar ao hospital, mas decidiu retomar o tratamento em função de sua idade avançada. No mês de junho retornaram ao hospital para iniciar novamente o tratamento. Ela realizou um ciclo longo, porém não obteve sucesso e, agora, está realizando outro semelhante.

Elaine nunca esteve grávida. “O máximo que eu consegui foi um beta-HCG positivo no ciclo passado, né. Deu o beta-HCG positivo, mas assim aí tá dentro daquele percentual de insucesso que faz parte, né do tratamento.” Ela menciona que se não conseguir engravidar, partirá para a adoção. Sua idéia é adotar um menino. “E daí se não acontecer, né vai partir pra adoção. Tudo bem, né é uma forma também de preencher, mas sabe é uma coisa que vai ficar meia... Porque depois a gente vai já é a 4ª tentativa, né, poxa tu já vai desanimando, assim sabe. Aí quando chega da metade pro final tu já vai pensando se pô adotar até que não é tão ruim.” Elaine enfatiza que a adoção já é uma idéia estabelecida pelo casal. “Já é uma coisa assim já bem amadurecida, né. A gente já vem, claro a gente sabe assim que a gente tem um grande índice de insucesso também no tratamento, né. Então não adianta a gente fica tentando, tentando, tentando e o tempo tá passando, né. Então a gente tem uma meta, né. A gente vai tentar um ano, mesmo porque a nossa reserva financeira, ela está sempre paralela.” Além da adoção, ela comenta que já pensou em outras alternativas como a Acupuntura “Eu já pensei, assim sabe assim coisas alternativas. Mas aí se é para mim fazer tipo um tratamento com acupuntura, eu teria que deixar o tratamento hormonal, né. Eu não posso conciliar as duas coisas, né. Aí entre uma coisa mais técnica e (...) a gente opta.”

Elaine comenta que sua meta é tentar engravidar no máximo até os 38 anos. “Até assim a nossa meta é até os 38, a gente vai tentar, tentar, né até os 38. Se caso não der, né, então assim, é porque a gente sabe, não sei porque né, a gente não tem condições, não consegue, né. Daí a gente vai adotar, né.”

### **Tratamento da infertilidade**

Elaine conta que a decisão pelo tratamento foi uma indicação clínica, conseqüência de todo um tratamento, que os levaram a escolher a reprodução assistida. “Eu acho que foi conseqüência de todo um tratamento, né. Quando a gente iniciou (...) né é como se fosse assim é passo a passo, né. Daí primeiro tu faz o processo investigatório, aí tu vai evoluindo, né, aí tu faz a reprodução, tu faz a fertilização, aí depois não consegue, daí tu passa...” Elaine relata que realizou todo o processo investigatório através do convênio em duas clínicas na cidade de Porto Alegre. O resultado obtido nos exames foi infertilidade de causa indefinida e a única solução para o casal era buscar a reprodução assistida “Eles chegaram àquela conclusão de que a gente não tinha nenhum problema de que era aquele percentual de 10% de causa indefinida, né.” Como não apresentavam condições financeiras para custear um tratamento particular, optaram por efetuá-lo pelo SUS. Elaine

já possuía quase todos os exames necessários, e como já havia realizado duas tentativas sem sucesso, encaminharam-na para fazer a fertilização *in vitro*. “*Porque eu já tinha passado por todas as etapas, né. Então assim, foi por exclusão: primeiro tentou uma, tentou outra e aí de tudo, já sei decór, a fertilização in vitro agora, que é assim o último estágio, então a gente já tá assim no último estágio. Porque as outras técnicas não obtiveram resultado.*” Segundo Elaine, os médicos não conseguem identificar a causa do problema, mas apontam que suas chances de engravidar são de 20-25%. “*Aí assim entra naquele valão comum, né. Se tu fores fazer com quatro... se der tudo certinho no tratamento. Se tu fores fazer a implantação com quatro embriões, né, tu tens um percentual de 20, 25%, né.*”

### **Sentimentos em relação ao tratamento**

Elaine conta que o tratamento é meio frustrante, pois o processo não ocorre como eles imaginam. “*É que é meio frustrante, né. Tu faz, faz, faz, né. Aí dá tudo certinho, tudo ok, fica esperando e o resultado, né... Ele é frustrante. Não é que o tratamento seja frustrante, os resultados são frustrantes. Não agora pronto, agora vai dar tudo ok, tudo certinho, vai dá, né. E não acontece.*” A maior preocupação agora é que o tratamento não dê certo. “*Sabe a única preocupação assim é de que dê certo, né. Porque assim, eu sei que tem assim... mesmo porque a gente traçou uma determinada meta, né. Então assim se a gente não alcançar, né. Porque poxa eu queria passar pela experiência da maternidade, né. Então...aquele barrigão crescer, amamentar. Isso aí eu acho uma coisa assim muito legal, né.*” Esse é o quarto tratamento do casal e, segundo Elaine, o início foi cheio de expectativas, mas com o passar do tempo, ela já está desanimando. “*Porque logo que tu inicia, tu já começa tu inicia cheia de esperança, assim né, que daí tu bah fecundou!! Porque assim a gente nunca sabe aonde é que tá falhando, né, então a gente sempre tinha assim de repente poderia ter alguma falha na fecundação, poderia o espermatozóide não penetrar no óvulo, aquela coisa toda, né. Então com a fertilização in vitro isso vai ser resolvido, né. Bah! Resolvemos o problema, né. Então aí tu vê que não, que sabe que as coisas não ocorrem, né.*”

Elaine refere não ter observado nenhuma mudança na sua vida após ter iniciado o tratamento, apenas salienta que é cansativo, pois precisa estar disponível e tentar conciliar os horários das consultas com o trabalho. “*Isso tem que estar disponível. E aí assim tu tens que abdicar de algumas coisas tuas particulares pra fazer, para estar aqui, né. Mais um cansaço físico mesmo.*”

Em relação às questões emocionais, ela menciona que após ter passado pela experiência dolorosa de ter perdido sua mãe, as outras situações até tornam-se fáceis de enfrentar. *“Então depois que tu passas por isso, eu acho assim que perder alguém que tu adora, ama, aquela coisa assim ainda mais por uma doença assim câncer, aquela coisa toda. Então depois que tu passa por isso, qualquer coisa que tu fores passar tu tiras de letra. Sabe assim então claro eu fico triste que o resultado não dá certo, tem que fazer novamente, e daí a gente já vai assim, porque logo que a gente começa o tratamento a gente começa cheia de esperança que vai dar tudo certo! vai dar tudo certo! aí depois já fica mais madura, tu vê não é bem assim, né.”*

Elaine refere em diversos momentos da entrevista certa preocupação com a sua idade, enfatizando que tentará apenas até os 38 anos de idade. *“Mas daí poxa, mas eu tô com 37, eu não posso me dar o luxo, né de esperar.”*

### **Vida Conjugal**

Elaine conta que Dirson não consegue compreender o insucesso dos tratamentos. Ela menciona que é difícil para ele aceitar que o processo não transcorre adequadamente. *“O meu esposo ele fica até meio chateado. Ele diz: se eles identificassem a causa, a gente tratava e pronto, né. Mas assim como a gente, não, né. Daí dá tudo certinho a gente toma todas as medicações, daí responde bem, sabe, fecunda direitinho, implanta, tudo certinho, só que não acontece, né.”* Elaine relata que sempre é ela quem toma as decisões e que o marido somente concorda. A situação de tratamento, segundo ela, é sentida muito mais pelo marido. *“Não, mas sabe que eu vejo assim que ele se frustra mais que eu. Mas ele fica mais triste assim quando a gente pega o resultado. Daí eu vejo assim que ele fica numa tristeza que dá pena, quase chora, né. Que droga porque que não deu certo!”* Elaine refere que Dirson está sempre pesquisando novas alternativas de tratamento com a esperança de encontrar algo que possa ajudá-los. *“Mas aí ele já quer procurar outras alternativas, ele já quer fazer um processo investigatório imunológico, né porque ele andou lendo, pesquisando na internet que agora tá desenvolvendo mais nessa área, né.”* A maior preocupação dele neste momento é que o tratamento não dê certo.

Elaine fala que o marido não aceita muito bem a idéia de adotar uma criança. *“(…) quando fala em adotar ele fica meio triste assim, sabe. Eu vejo assim que ele tem uma certa barreira assim, né. Não a gente já chegou num consenso assim, a gente vai adotar, né. Mas eu vejo assim que ele quer tentar todas as possibilidades.”*

Elaine comenta que é uma situação constrangedora a coleta de sêmem, além de outros procedimentos realizados nesse tipo de tratamento, que muitas vezes são extremamente invasivos. *“(...) quando vai fazer a coleta a gente fica meio assim, como é que eu vou dizer, meio...a gente perde um pouco a liberdade sexual, né. Então assim, ah não tem ecografia, tem que fazer coleta, tem isso tem aquilo, sabe aquela liberdade que a gente tinha, né isso a gente tem que trabalhar com isso, né.”*

Elaine acha que a vinda do bebê irá mudar bastante a vida do casal. *“Eu acho que bastante. A gente tem muita liberdade, por exemplo assim, a gente ontem, sabe aquela história que de quem não tem filho tem cachorro. A gente tem uma cachorrada.”* No relacionamento, ela acredita que o bebê virá compor a família *“Acho que vai agregar, né. Porque é aquela coisa como a gente quer muito, assim eu acho que com certeza.”*

Elaine conta que a convivência com o marido já é de anos e que ele sempre a apoiou bastante em diversas situações. Ela cita que em alguns passeios, ela e o marido ficam apreciando os casais que possuem filhos. *“Se a gente vai pra praia daí a gente fica sentado na areia e fica: olha lá aquela lá, ai olha aquele fofo, aquele carrinho, olha lá ele foi buscar água agora.”* Ela conta que os anos passaram e todos os casais de amigos começaram a ter filhos e isso a incomodava. *“A gente viu assim que nossos amigos já começaram a ter filhos e nós não.”*

### **Rede de apoio**

Elaine relata que decidiram omitir o fato de estarem realizando este último tratamento. *“Bom, como a gente tomou essa decisão assim de não contar pra ninguém, né. Então assim eu acho que são pouquíssimas pessoas que sabem, então na verdade é mais nós dois.”* Segundo ela, a família não tem conhecimento sobre o andamento do tratamento atual. Nos anteriores, eles souberam e demonstraram muita euforia perguntando freqüentemente sobre os resultados. *“É eu acho que a minha irmã até da primeira vez até comprou umas roupinhas.”*

Elaine conta que nas outras tentativas contaram para todo mundo *“A gente contou pra todo mundo, e isso foi um pouco frustrante assim né porque depois a gente não obteve sucesso, daí a gente tava triste assim né e aí o pessoal vinha cobrar: E aí como é que foi o resultado, daí a gente tinha que trabalhar com aquilo, a gente não queria conversar a respeito e a gente tinha que conversar que as pessoas cobravam.”* Por isso, nessa vez o casal decidiu não revelar nada em função da cobrança das pessoas. *“Então agora é assim*

*por causa da cobrança. Sabe aquela coisa assim tu ficas triste, deprimida e as pessoas querem saber eu acho que elas querem saber é até pra ajudar ou sabe tão curiosas.”*

Elaine conta que os amigos tentam consolá-los falando que o casal leva uma vida agradável sem filhos. *“O pessoal tenta consolar assim: ah vocês tem uma vida tão boa, eu queria ter a vida de vocês, ah imagina assim, ah pensa bem um filho vai mudar tudo.”*

## **Caso 2: Clara**

### **Dados de identificação**

Clara tem 22 anos e é casada há 6 anos com Pedro que está com 35 anos. O casal reside numa cidade do interior do estado, ela trabalha como industriária e o marido como motorista. Clara é magra, alta, com jeito meigo e aparência de menina, aparentando ter um nível sócio-econômico baixo. Tem pele clara, olhos verdes, cabelos curtos, lisos e loiros. Ao ser convidada para participar da pesquisa, aceitou prontamente o convite. Neste dia, ela estava acompanhada de seu marido, mas pediu que ele a esperasse. Durante a entrevista mostrou-se bastante disponível para responder as questões.

### **Projeto de ter um filho**

Clara casou-se aos 16 anos de idade e desde o primeiro ano de casamento já pensava em ter filhos. *“Eu já pensava em ter filhos, eu acho que toda mulher quando casa quer ter um filho, quer formar uma família.”* No entanto, ela refere que Pedro achava cedo demais, pois só tinham um ano de casados. Aos poucos, conseguiu convencê-lo a mudar de idéia. *“No primeiro ano já queria ter um filho, né. Eu achava o máximo vê umas criancinhas, só que daí ele não queria ele achava cedo demais, daí eu consegui convencer ele.”*

Clara acha que tudo irá mudar depois que vier o bebê. *“Acho que depois que eu tiver um filho vai mudar tudo.”* Para ela é difícil explicar o significado de um filho neste momento *“Ah é (...) não tem palavras pra dizer sabe é uma coisa mágica assim. Só acho que passando pra gente sentir, pra saber, né.”* Ela não demonstra preferência pelo sexo, apenas deseja ter um bebê nascido de dentro dela. *“Eu quero um bebê, eu sempre pedi: Eu quero em bebê seja ele menino ou menina, sendo meu tá bom.”*

## **Expectativas em relação à maternidade**

Clara relata que para ter um filho deve-se ter conhecimento da responsabilidade que é ter uma criança para cuidar. *“Eu acho que é ter essa responsabilidade que vai ter um filho.”* Ainda ressalta que no seu caso, existe a possibilidade de nascerem gêmeos ou trigêmeos. Ela conta que quando tiver o bebê irá pensar só nele e tirar o máximo proveito. *“Acho que é tudo, depois que eu tiver os meus filhos eu acho que vou pensar só neles, o resto, o resto acontece.”*

Clara menciona que sua mãe se preocupa bastante com o tratamento, telefonando freqüentemente para saber notícias. É a mãe a pessoa que tem como modelo de maternidade. *“Eu acho que a minha mãe mesmo, eu quero dar a educação que ela me deu, eu acho que é legal.”* Ela relata que tinha um bom relacionamento com a mãe. Esta era uma pessoa legal, comunicativa e conselheira, prezando sempre pela boa educação. Segundo ela, a mãe era brava, mas sempre preocupada em proteger os filhos. *“Brava, mas pra educar a gente, não pra levar a gente para o mau caminho, né. Ela gostava mais de proteger, aquela mãe coruja.”* Clara enfatiza que não existe alguém que não gostaria como modelo de mãe, pois as mães agem em benefício do filho. *“Acho que porque mãe é mãe. A mãe faz as coisas que é melhor para o filho, né. Eu acho assim. Por isso, eu acho que não tem mãe que leva o filho para o mau caminho.”*

## **Tentativas de gravidez**

Há cerca de dois anos, o casal começou a tentar ter filhos. *“A gente não se cuidava mais, não usava camisinha essas coisas, eu parei de tomar as pílulas e aí eu não engravidava.”* Como não obtiveram sucesso, procuraram um médico que lhes sugeriu tentar durante o período de um ano. O casal seguiu as recomendações médicas, porém não conseguiram ter um bebê. Então, retornaram ao médico e já iniciaram uma investigação completa para descobrir a causa do problema. *“Aí esperei esse 1 ano, aí retornamos, aí ele começou a fazer os exames, né, comigo, com ele, e no primeiro exame dele já deu problema, né, o meu não. Sempre o mesmo problema, né, que os espermatozoides não tinham movimento.”* A partir daí, Pedro começou a tomar medicação, mas como não fez efeito, o médico lhe encaminhou para um especialista. Aos cuidados deste, também fez uso de medicação, e ao não observar resposta lhe orientou a procurar o serviço de reprodução assistida oferecido pelo Hospital de Clínicas. O casal se inscreveu na prefeitura e, após quatro meses de espera, foram chamados.

Iniciaram o tratamento em 2003, realizando primeiramente os exames de rotina necessários. Em outubro de 2004, Clara fez sua primeira fertilização *in vitro*, mas não obteve sucesso. *“E aí não deu certo, aí eu menstruei, aí eu comecei tudo de novo né o processo. Essa é a segunda vez. Na primeira vez não fecundou, sabe.”*

Clara salienta que vai tentar até conseguir. *“Tentar até conseguir, só que a situação financeira, às vezes, impede de continuar logo, a gente tem que esperar um ano (...).”* Relata que não pensou em outra alternativa, caso não consiga engravidar, pois acredita que terá sucesso. *“Não pensei, não pensei porque eu acho que eu vou conseguir, sabe. Meu pensamento é positivo por isso que eu não pensei em nada.”*

### **Tratamento da infertilidade**

Clara iniciou o tratamento no HCPA no ano de 2003. Ela realizou exame de sangue e ecografia, e o marido também fez exame de sangue e um espermograma antes de iniciar a reprodução assistida. Clara está fazendo sua segunda fertilização *in vitro*. A causa da sua dificuldade de engravidar deve-se ao marido. *“É por causa do movimento né que os espermatozoides eles não tem movimento, creio eu que seja por isso.”* Ela refere que sua chance de obter sucesso com o tratamento, segundo os médicos, é quase nula. *“Ele me falou que no nosso caso é zero, né e aí eles levam para uns 25% que é de um casal normal.”*

Clara conta que vieram até o hospital encaminhados por um médico da sua cidade. *“Ele disse que o meu marido não conseguiria ter filhos assim né. Poderia um dia no caso um desses espermatozoides ter esse movimento e eu engravidar, existe essa chance, mas é muito difícil.”*

### **Sentimentos em relação ao tratamento**

Clara ressalta que desde que tomou a decisão por realizar o tratamento já se sente mãe. Ela relata que quando o médico lhes encaminhou para este serviço, vieram imediatamente, pois a vontade de ter filhos era muito grande. *“A vontade de ter um filho acho que foi maior do que tudo. Não pensamos em gasto, não pensamos em nada, sabe ter um filho.”* Enfatiza que sua maior preocupação agora é a de não conseguir engravidar. *“É de não engravidar, essa é a minha preocupação, tanto minha quanto dele, né.”*

Na primeira tentativa, fala que estava se sentindo muito nervosa pelo fato de não saber o que realmente iria acontecer. *“Eu tava nervosa, muito nervosa. Eu não sabia o que*

*que ia acontecer. A gente não sabe o que acontece aí a gente fica nervosa, né. Só que eu achava que era uma coisa, chegava lá era bem mais simples, só que sabe a gente pensa, faz de um copo d'água um temporal”.*

Na sua segunda tentativa, Clara sente-se mais confiante, acreditando que irá conseguir engravidar logo, não necessitando enfrentar o tratamento novamente. *“Mais eu acho que eu consigo, eu tenho pensamento positivo, tenho fé que eu vou conseguir. A gente tem que vir com esse pensamento.”* Ela percebe que, desde que iniciaram a reprodução assistida, a família e os amigos estão mais próximos vivenciando a situação conjuntamente.

Ela comenta que é um tratamento cansativo, pois precisa deslocar-se de sua cidade dia sim dia não para realizar os procedimentos. Apesar disso, acredita que no final lhe trará ganhos. *“É um monte de coisa, mas sabe consola a gente de saber que a gente pode ter um filho. Passando por tudo isso, mas no final a gente vai ter, vale a pena com certeza, valeu a pena tudo, vai valer a pena tudo (...) mas com certeza vai ser muito gratificante.”* Clara já se sente realizada pelo fato de estar tendo a oportunidade de fazer o tratamento. *“Eu me sinto feliz, eu me sinto até realizada só de poder tá aqui fazendo, né. Estou mais tranqüila, mais confiante.”* Apesar de estar há cinco anos buscando realizar seu desejo, ela destaca que não está cansada. *“Isso é um cansaço assim diferente, sabe. Sei lá é diferente. É uma emoção diferente, cada momento aqui, cada consulta é uma emoção diferente, uma coisa diferente, é muito legal.”*

Clara fala que somente experimentando a situação de tratamento para sentir realmente a dificuldade e a vontade de querer ser mãe. *“Acho que a gente só sente o que que a gente sente passando mesmo, né tendo essa dificuldade, lutando, só assim pra gente saber o que é esse significado de ser mãe mesmo. Acho que só assim mesmo. Quem tá de fora não imagina, pode até dizer: Ah isso é difícil, mas não imagina o quanto isso é difícil, né. As chances são poucas.”*

## **Vida Conjugal**

Clara acha que Pedro se sentiu ferido com o fato de ser o responsável pela falta de filhos do casal. *“Sei lá no começo, ele dizia pra mim assim ó: tu podes ter filho com outros homens, eu não posso mais ter filhos, sabe. No caso pra ele a fertilização in vitro foi a salvação né de poder ter um filho. Ele se sentiu bastante, como é que eu vou te explicar, como se eu não tenho valor, eu não sirvo nem pra fazer um filho, assim sabe nesse sentido.”* Ela também notou que o marido estava bastante chateado com a situação *“Daí ele se sentiu meio abatido porque nem conseguir um filho ele não conseguia, né.”* Porém,

após a oportunidade de realizarem o tratamento percebeu que ele havia se tornado mais confiante e esperançoso. *“Ele tá mais confiante sabe, porque agora ele vai poder ter o filho dele. Ele tá que nem eu né tem esperança de dar certo.”*

No que se refere ao relacionamento do casal, Clara refere que o marido está mais carinhoso e atencioso para com ela depois que iniciaram a reprodução assistida. No entanto, menciona que ele também se preocupa com a possibilidade de o tratamento não dar certo. Clara conta que o marido tem lhe dado muito apoio. *“Me dá força de vir, de fazer, nós vamos ter o nosso filho e coisa. Ele me dá muito apoio com certeza.”*

Clara acredita que a vinda do bebê trará mudanças na sua vida. *“As responsabilidades vão mudar, tudo vai mudar eu acho. A gente trabalha bastante, muita preocupação vai ter. A gente sabe só que a gente já tá consciente de tudo, sabe. De tudo que vai mudar. O nosso relacionamento também vai mudar porque a gente chega em casa, a gente namora bastante, né a gente conversa bastante. Depois a gente não vai ter mais esse tempo pra conversar, pra namorar, a gente vai ter que ter mais tempo pro bebê.”* Apesar de estar consciente das responsabilidades com a vinda do bebê, refere que se sentirá uma vitoriosa. *“Eu acho que eu vou me sentir vitoriosa, (...) vai ser um troféu na minha vida eu acho.”*

### **Rede de apoio**

Clara enfatiza que toda a família sabe sobre o tratamento e que estão muito mudados com o fato de eles estarem tentando ter um filho. Relata que todos estão preocupados, apóiam e se mostram disponíveis para ajudar no que for necessário. A cunhada de Clara a acompanha em algumas consultas. *“A família toda sabe né. Todo mundo tão bastante mudados sabe com isso de saber que a gente tá tentando ter um filho, todo mundo quer ajudar.”*

Clara conta que no primeiro ano de tratamento não contou nada sobre a situação para a família. *“Pegavam no pé da gente, ah não querem ter filho, aí depois que ficaram sabendo todo mundo começou a apoiar mais sabe. A dar mais incentivo, vamos fazer vai dar certo!”* Ela ressalta que os detalhes do tratamento discute somente com o marido.

### **Caso 3: Lídia**

#### **Dados de identificação**

Lídia tem 35 anos e é casada com Jackson que está com 40 anos. O casal reside numa cidade do interior do estado e trabalha num estabelecimento comercial próprio nesta cidade. Lídia é uma mulher alta, vistosa e bem arrumada. Tem pele clara e olhos castanhos, com cabelos compridos e loiros. Ao ser convidada para participar da pesquisa, mostrou-se animada, perguntando se muitas pessoas já haviam sido entrevistadas e comentando sobre a importância de se fazer pesquisas. Durante a entrevista, se mostrou muito disponível para responder as questões, porém suas respostas foram rápidas e objetivas.

#### **Projeto de ter um filho**

Segundo Lídia, seu desejo de ter um filho surgiu bem depois do casamento, há aproximadamente cinco anos. Ela considera um filho importante neste momento, pois estão numa situação econômica estável. *“Eu acho que seria importante para nós, porque a gente já tem uma situação mais ou menos definida, então o filho seria um complemento.”*

#### **Expectativas em relação à maternidade**

Em relação à maternidade, Lídia refere que não pensa muito em ser mãe salientando que não sabe ao certo qual a sua relação com a maternidade. *“Eu não tô assim muito louca pra ser mãe. Não tem aquela coisa de (...) eu tenho que ser mãe, eu quero ser mãe, eu nasci pra ser mãe, eu tô tentando mais por um todo familiar, por uma companhia.”* No entanto, ela se imagina bastante protetora no cuidado com o bebê do mesmo modo com que trata seu marido, mas aponta esse comportamento como negativo. Lídia não possui uma figura significativa como modelo de maternidade, ressaltando o fato de nunca ter pensado em quem é boa mãe ou quem não é. Possui um bom relacionamento com sua mãe, mantendo ainda contato por telefone. Ela destaca que após o casamento moraram algum tempo na casa de sua mãe. *“A minha relação com a minha mãe sempre foi muito junto.”*

## **Tentativas de gravidez**

Lídia fala que, caso não consiga engravidar, pretende adotar uma criança do sexo masculino. Mas antes de partir para essa alternativa, existe a possibilidade de doação de óvulos. Lídia conta sobre o surgimento dessa alternativa com muita alegria. *“Uma nova idéia até surgiu é a doação de óvulos de outra mulher, tentar alguma vez, de repente com o tipo físico parecido com o meu.”*

## **Tratamento da infertilidade**

Lídia ficou sabendo logo após o casamento que não poderia engravidar naturalmente. Lídia teve duas gravidezes tubárias e, em função disso, realizou cirurgia nas trompas, restando-lhe apenas o útero e um ovário. Tal fato aconteceu, segundo ela, quando estava com cerca de 22 anos. *“Tive duas gravidez tubária que daí não se forma porque a trompa não agüenta o feto. A trompa se rompeu, daí dá uma hemorragia, tu passas mal e começa a ficar sangue por tudo, daí tu tem que ser operado às pressas. Corre até risco de vida.”* Como já sabia que não conseguiria ter um filho naturalmente, Lídia começou a se informar sobre a reprodução assistida, vindo a saber por uma amiga sobre o tratamento oferecido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porém, destaca que a idéia de efetuar o tratamento foi do casal.

Lídia está realizando o tratamento já faz 5 anos. *“Já faz cinco anos que eu to tentando ter um filho porque já passou muito tempo.”* Está fazendo pela quinta vez a fertilização *in vitro*, pelo fato de não ter as trompas. *“Porque eu não tenho as trompas, então tem que ser feito tudo fora e aí colocado no útero, porque não tem um caminho, aí não tem como. Diz que é o melhor, o que tem mais chance fertilização in vitro, eu faço também porque é o que eu tenho possibilidade.”* No seu caso, os médicos lhe falaram em uma chance de 20-25%. *“É uma loteria, não tem muita surpresa, é 20-25%. Eu nunca fiquei me ligando muito em porcentagem, não tô interessada em números.”*

## **Sentimentos em relação ao tratamento**

Lídia refere que já passou por várias fases no decorrer de cada tratamento que realizou. *“As primeiras vezes eram normais, era como eu vir passear, fazer um exame. A última vez, que foi a quarta, que foi bem difícil, eu já vim ruim pra cá, já vim depressiva, daí fiz um tratamento bem ruim, desacreditando e foi a vez que mais deu certo. Agora eu*

*já vim mais normal.*” Segundo ela, foi a partir da quarta tentativa que sentiu realmente o impacto do tratamento. Para ela, o pior momento do tratamento é as ecografias realizadas para verificar a evolução do óvulo para posteriormente ser retirado. *“Como eu só tenho um ovário, eu não produzo muitos óvulos e eles demoram pra crescer, então precisa de muita medicação. Então é a parte pior pra mim.”* Lídia não considera difícil ter que realizar tantos procedimentos, enfatizando novamente ser o crescimento dos folículos sua maior preocupação. No tratamento atual, ressalta que está se sentindo melhor do que nos anteriores. *“Eu tô tentando me sentir melhor tipo vida normal. Eu tô fazendo tratamento, mas vida normal, não só aquilo ali. Dessa vez, eu tô tentando fazer assim.”*

Lídia refere ter deixado passar muito tempo para realizar o tratamento, pois no início do casamento ainda não pensava em ter filhos. *“Eu achava que quando eu fosse fazer ia ser fácil, aquela coisa de achar que ia dar certo. Eu fiquei muito tempo, não deveria ter deixado tanto tempo.”* Ela reclama o fato de ter passado tanto tempo em função da idade, afirmando que deveria ter feito o tratamento com 25, 27 anos.

Em relação às mudanças advindas da situação de tratamento, Lídia enfatiza que muita coisa mudou desde que iniciou o tratamento para engravidar. *“A nossa idéia de adoção mudou, tu vê que não é fácil. Quando eu tinha vinte e poucos anos, achava que já ia dar certo, que eu ia ter dois, três.”*

### **Vida Conjugal**

Lídia fala que o marido participa do tratamento, apóia, demonstra preocupação e incentiva sua presença, mas está envolvido com o trabalho e, por esse motivo, não tem disponibilidade para comparecer às consultas. *“Não que fica só mais comigo, mas ele participa, quer que eu venha, vem, dá todo o apoio e tudo, mas ele tem as coisas dele.”* Ela compreende os motivos pelos quais o marido não pode estar presente, porém reclama sua companhia durante o tratamento, salientando que gostaria que ele pudesse estar mais junto. Apesar disso, sente-se bastante apoiada.

Acredita que com a vinda do bebê haverá um distanciamento do casal. Essa percepção foi baseada em diversas situações vividas com sua cadela de estimação. *“Ele dá muita atenção pra ela, então eu tenho quase certeza que quando vier o nenê vai distanciar um pouco o casal.”* Relata sentir-se incomodada com a situação, na medida em que o marido dá atenção e carinho para o animal, deixando-a de lado. Preocupa-se com as mudanças que o bebê possa trazer ao seu relacionamento conjugal. *“Antes era só nós dois, faz tempo que é só nós dois...”*

Lídia enfatiza o sentimento de solidão sentido pelo casal frente ao fato de não terem filhos. *“Às vezes a gente se sente um pouco sozinho de não ter filhos, a gente vê que as pessoas têm alguma coisa vai levar o filho aqui e tal.”*

### **Rede de apoio**

Lídia compartilha o fato de estar realizando tratamento com os amigos e familiares, sendo os amigos, as pessoas com quem pode contar neste momento. Ressalta que o fato de estar fazendo fertilização *in vitro* não é segredo. *“Eu já fiz tantas vezes que eu tô me cuidando de falar menos (...) que eu moro numa cidade pequena.”*

Em relação ao apoio dos familiares, a mãe de Lídia é a única pessoa que opina sobre o tratamento. Ela acha que a filha não deveria realizar a reprodução assistida, pois já sofreu bastante com as cirurgias e que deveria partir logo para a adoção. Segundo Lídia, as opiniões dos familiares não interferem na sua decisão por continuar tentando.

### **Caso 4: Juliana**

#### **Dados de Identificação**

Juliana tem 30 anos e é casada há 12 anos com Auri que está com 36 anos. O casal reside em Porto Alegre e ambos trabalham em estabelecimentos comerciais nesta cidade. Juliana é uma mulher alta, sorridente, com estilo jovial, aparentando ter um nível sócio-econômico médio. Tem pele clara e olhos castanhos, com cabelos compridos e crespos. Ao ser convidada para participar da pesquisa, mostrou-se muito disponível no acerto de horários decidindo preencher a ficha de dados sócio-demográficos neste mesmo dia, sendo a entrevista marcada para o dia posterior. Durante a entrevista, parecia se sentir à vontade para expor suas idéias, emocionando-se ao responder algumas questões relacionadas à morte de sua avó. Ao final da entrevista falou: *“Se der certo eu te ligo avisando, eu tenho o teu telefone. O destino tá traçado!”* Nos dias de consulta, ao avistar-me nas imediações do hospital, Juliana sempre se sentava ao meu lado para conversar.

#### **Projeto de ter um filho**

Juliana relata que sempre pensou em ter filhos, mas primeiro queria ter sua casa própria e uma situação econômica mais estabilizada para depois criar uma criança. *“Filho*

*eu sempre quis, sempre gostei de criança, sempre me dei bem com criança, só que antes eu não tinha uma casa entendeu.”* Então, o casal começou a trabalhar com o intuito de adquirir uma casa. Segundo Juliana, faz aproximadamente três anos que decidiram ter um filho. Ela refere que parou de tomar comprimido sem contar nada para o marido e começou a tentar engravidar. Inicialmente a decisão por ter filhos foi dela, mas destaca que atualmente o marido também deseja. *“Ele sempre quis, ele gosta de criança.”*

Juliana ressalta que ter um filho neste momento representa o resultado de seu casamento. *“É difícil, pra mim representa tudo, é o amadurecimento do meu casamento. Porque eu e o meu marido assim, a gente briga muito e tudo entendeu, e ele trabalha muito, então eu fico mais tempo sozinha, eu acho que vai ser meu companheiro, minha companheira, entendeu. Pra isso que eu quero.”* No que concerne ao sexo do bebê, ela não demonstrou preferência. *“Tanto faz, vindo com saúde é que importa, não interessa o sexo.”*

### **Expectativas em relação à maternidade**

Em relação à maternidade, Juliana refere que um filho serve de companheiro para toda a vida. *“Pra mim ser mãe é ser tudo. Ter alguém pra compartilhar o amor ali que tu sente, entendeu. Porque o amor de marido pega e vai, tanto é que hoje tá contigo amanhã não tá mais. Um filho é pra toda a vida.”* Ela relata ter um bom relacionamento com crianças e, em função disso, acredita que não terá nenhum problema para exercer a maternidade. *“Eu acho que eu vou ser uma mãe muito boba, boba e boa.”* Ela menciona orgulhosa que sua afilhada sempre fala que a queria como mãe.

Ela menciona a importância de um filho nestas palavras: *“Pelo companheirismo, pela cobrança dos outros, entendeu, pra provar para os outros que eu posso ser mãe também, sabe. Um pouco de cada, e pela idade que eu acho que eu já tô pegando (...) eu sempre quis desde pequena eu sempre sonhei em ter filho cedo. Que eu também já estou velha pra ter filho, entendeu, então é um monte de coisa que acarretou isso.”*

Juliana não possui uma figura significativa como modelo de maternidade, referindo que se espelha nos bons exemplos dados pelas pessoas. *“Eu acho que eu pego uma parte de cada pessoa, entendeu. Não tem nenhuma assim dizer ó eu quero ser igual à fulana.”* No entanto, posteriormente lembra de sua mãe e de sua cunhada. *“Um pouco da minha mãe, um pouco da minha cunhada, entendeu. Partes boas que elas têm.”* Saliencia que a sua mãe soube dar uma boa educação para os filhos, dando os limites necessários.

Juliana refere sua sogra como a pessoa que não gostaria de ter como modelo de mãe. *“A minha sogra eu nunca queria como modelo de mãe, que é daquelas que não cuida nada, deixou criar no mundo conforme Deus quis, não deu educação, não deu nada. Isso então, eu nunca que eu queria ela como modelo de mãe.”*

No que se refere ao seu relacionamento com sua mãe, aponta que ela era uma pessoa brava e rigorosa, agindo errado em determinadas situações na criação dos filhos. *“Tinha que ser tudo certinho, até hoje é assim. Não pode responder, não pode nada, entendeu.”* Atualmente avalia que seu relacionamento com sua mãe melhorou bastante, porém enfatiza que não a considera sua melhor amiga. *“Eu converso com ela, mas várias coisas eu não conto pra ela, eu contava pra minha avó, essa que faleceu. Essa sim era (...) minha ídola, eu contava tudo pra ela e daí pra minha mãe já não, com ela era diferente, sabe.”*

### **Tentativas de gravidez**

Juliana responsabiliza o fato de o marido trabalhar em turno integral à sua impossibilidade de engravidar. *“Meu marido trabalha 24 horas, então raramente ele está em casa, então eu pensava olha eu não estava engravidando por causa do negócio dos dias. Só que tem os dias certos férteis, se não tá em casa naquele dia deu pra bola, né.”*

Juliana comenta que tentou engravidar durante três anos, mas como não obteve sucesso, partiu para a reprodução assistida. Esta é a segunda tentativa de gravidez através de método artificial. Na primeira tentativa, Juliana realizou a fertilização *in vitro* e congelou os embriões, caso não engravidasse, para uma possível transferência embrionária. *“É a segunda, faz um ano que eu tentei daí fiz a transferência, fiz a inseminação e daí não deu certo, né. Daí eu congelei, né e daí agora eu estou fazendo a transferência.”*

A primeira tentativa foi uma experiência um tanto difícil, pois Juliana perdeu sua avó durante o tratamento e sua gravidez acabou sendo interrompida. Ela comenta sobre sua experiência: *“Foi boa, tanto é que a doutora disse assim ó. Eu fiz tudo, tava tudo dando certo, tanto é que o exame deu positivo. Logo no início deu, até a doutora disse pode comemorar Juliana que tu tá grávida, né.”* A avó de Juliana adoeceu na época em que ela havia feito a transferência dos embriões. Refere que não contou para avó sobre o tratamento que estava realizando, sentindo-se perturbada por esconder tal fato. *“Aquilo ali de eu esconder nem pra ela contar, entendeu, aquilo ali machucou muito, sabe. Então, daí eu peguei e contei, daí ela pegou e faleceu. Daí ela faleceu no dia quinze e no dia dezenove veio a minha menstruação.”*

Ela acredita que esta situação a deixou muito nervosa, fazendo com que não conseguisse levar a gestação adiante. Juliana conta que em seguida da morte de sua avó, não dormiu, não se alimentou direito, nem conseguiu realizar o tratamento adequadamente. *“Mas só que eu peguei e fiquei muito nervosa nos dias ali, porque faleceu a minha avó. Então pra mim caiu o mundo, entendeu. Só que a doutora disse que não tem nada a ver e que é papai do céu que entende né.”*

Juliana pensa em adotar uma criança caso não consiga engravidar. *“Eu penso assim ó, que eu acho que é emocional, ainda posso tentar mais outras vezes e depois sim, se inventar de não dar certo mesmo, que Deus não quiser me abençoar com um filho, daí eu penso em até em adotar uma criança. Não descarto isso.”*

### **Tratamento da infertilidade**

Juliana iniciou tratamento na Ulbra através do plano de saúde. Porém, decidiu trocar de médico, pois estava insatisfeita com o trabalho da equipe. *“Enchi o saco, né, tá sempre só falando isso e não faz nada pra resolver, daí eu troquei de médico.”* Juliana realizou vários exames na Ulbra, tais como: histeroscopia, ecografia com doppler, histerografia e a histerografia diagnóstica realizado no Hospital de Clínicas antes de iniciar o tratamento.

Juliana teve diagnóstico de endometriose, e lhe foi indicada a reprodução assistida. Logo após ter recebido o diagnóstico decidiu buscar tratamento no HCPA. *“Eu vim na mesma semana, peguei e já marquei. Vim pra fazer, porque eu queria um filho logo, né. Eu acho que depois vai amadurecendo muito, vai passando muito a idade e não consegue acompanhar o crescimento dos filhos assim normal, entendeu. De ver as etapas assim.”*

Ao iniciar o tratamento, os médicos constataram, através dos exames, que Juliana não apresentava tal problema. Na verdade, ela havia tido uma infecção nas trompas. *“Eu tenho problema nas trompas, né que eu tive uma infecção sem saber, foi o que disseram que daí meio que fechou.”* Além disso, ela refere que Auri possui uma baixa quantidade de espermatozoides móveis. Pelo fato de o problema ser do casal, foi indicado a fertilização *in vitro*. Juliana realizou o primeiro tratamento com a utilização desse método, mas não obteve sucesso. Ela havia congelado os embriões, para uma segunda tentativa, caso o tratamento não desse certo. Desta vez, está realizando a transferência embrionária. *“Agora eu estou fazendo transferência embrionária, eu tenho eles congelados, e daí agora eu vou descongelar e fazer a transferência.”*

Em relação às possibilidades de gravidez ela comenta: *“Ele disse que (...) é que assim ó, aqui eles nunca dão mais que 30%, né, acho que não é pra dar esperança, porque em outras clínicas particulares, eu vejo todo mundo comentar, que dão até mais, dão até 50% de chance e tal, mas eles me falaram 30%.”*

### **Sentimentos em relação ao tratamento**

Juliana comenta sobre a dificuldade de lidar com o insucesso da primeira tentativa e aponta que o mais difícil do tratamento é suportar a cobrança por parte dos amigos. *“Eu estou decidida a ter um filho, né, só que é difícil que nem quando deu a primeira vez errado, né é um baque pra gente, é uma decepção assim, né. Ainda mais a cobrança dos amigos é demais.”* Refere que os amigos sempre perguntam e que isso a incomoda bastante. *“Todo mundo pergunta (...) e isso machuca bastante. Fica uma coisa difícil, é uma cobrança muito grande, então por isso que eu preferi esconder de todo mundo.”* Juliana tem uma prima que também está realizando a reprodução assistida no HCPA e nos dias de consulta teme encontrá-la na sala de espera. Ela comenta ser difícil manter essa situação sem que as pessoas saibam. *“É melhor do que chegar e ter que ficar se escondendo que nem tu viu, né. Chegar, agora tem conhecida ou não tem, entendeu é ruim mesmo, tem que tá inventando desculpa pra tá saindo e tudo. É difícil!”*

Juliana diz que está se sentindo muito nervosa, está com insônia, não se alimenta adequadamente e sua maior preocupação é que o tratamento não dê certo. *“Primeiro a gente não quer, quer botar pensamento positivo que vai dar certo, mas sempre com pé atrás entendeu. Porque eu também não posso investir todas as cargas nisso e depois se não der certo eu vou pro buraco, né.”*

Juliana destaca que observou algumas mudanças na sua vida desde que iniciou o tratamento. *“Notei que agora eu tenho mais vontade de viver porque eu quero esse filho mesmo. Porque antes eu andava assim sem, sem motivo assim sabe, andava triste e tudo.”* Ela menciona que deseja ter um filho neste momento, pois acha que já está ficando velha. *“Que eu também já estou velha pra ter filho, entendeu (...). Eu acho que depois vai amadurecendo muito, vai passando muito a idade e não consegue acompanhar o crescimento dos filhos assim normal.”*

## Vida Conjugal

Juliana relata que seu marido se preocupa com as reações que ela possa vir a ter frente ao insucesso do tratamento. *“Ele fica preocupado porque ele tem medo da minha decepção. Ele é muito assim de ficar preocupado comigo, ele não deixa transparecer nada pra ti, entendeu. Ele diz: Jana se não der certo, não deu, ele é bem assim. É medo de dar errado e eu cair”* Ela refere que observou certas mudanças no comportamento do marido após a decisão de realizar a reprodução assistida. *“Eu acho que ele quer, ele faz de tudo para me agradar daí agora. Ele tá cuidando pra não brigar comigo, entendeu, não discutir e tal. Acho que ele mudou mesmo.”* No relacionamento do casal, menciona que também houve mudanças. *“Mudou, mas... mudou que a gente tá se dando melhor, pelo menos nessa parte entendeu.”*

Juliana destaca que tem recebido apoio suficiente do marido. *“Eu acho que ele tá dando todo apoio mesmo, por ele eu fico em casa quantos dias que precisar ficar pra eu me cuidar e não quer que eu faça força, então neste ponto não tá faltando nenhum tipo de apoio da parte dele.”*

Ela acredita que a vinda desse bebê irá mudar sua vida totalmente, destacando que seu marido lhe prometeu trabalhar menos para ficar mais tempo com ela e com o filho. *“Pra começar ele me prometeu que o dia que vier o nenê, que ele vai trabalhar menos, tentar ficar mais comigo, entendeu. Porque ele trabalha noite e dia, noite e dia, 24 horas.”* Relata que até pouco tempo estava pensando em se separar do marido, mas decidiu esperar um pouco. *“Não eu quero um filho, não interessa entendeu, nem que dê certo que a gente continue ou que me separe, mas eu quero filho, entendeu. E hoje em primeiro lugar é o filho.”* Acredita que o relacionamento do casal irá melhorar com a chegada do bebê. *“Eu acho que vai unir mais a gente, entendeu. Fazer um compreender mais o outro.”*

## Rede de apoio

Juliana compartilhou somente com seus pais, irmão e cunhada o fato de estar realizando tratamento para engravidar. Ela os define como as pessoas que mais lhe apóiam neste momento. Refere que a família deu força e se mostrou disponível para ajudá-la financeiramente, caso fosse necessário.

Nas consultas no hospital demonstrava um intenso receio de encontrar alguma pessoa conhecida pelo fato de não ter contado para ninguém sobre o tratamento, somente para seus familiares. Ela fala para os amigos que vai às consultas para tratar o problema na

prolactina. Juliana menciona que não contou para outras pessoas em função da cobrança e da atitude delas frente a sua demora em ter filhos. *“Pela cobrança, que a cobrança já é normal, entendeu de pega e perguntar de filho e tal. E aí pela família dele principalmente eles são muito assim estúpidos, entendeu, são pessoas de fora, então eu acho que são ignorantes nesse ponto, sabe. Que a minha sogra um dia pegou e chegou e teve a capacidade de me dizer assim: Ah Jana, eu acho que tu és lésbica. Pra ver a ignorância dela! Pra começar a senhora sabe o que é lésbica? Lésbica é mulher que fica com mulher. Não porque lá fora as vacas que não davam cria a gente chamava de lésbica. Eu peguei e disse não, eu não tenho filho por enquanto por opção, foi o que eu disse pra ela, entendeu. Então prefiro não falar nada pra eles, entendeu por causa disso.”*

Juliana fala que as pessoas comentam com todo mundo, por isso prefere não contar nada. *“É e a cobrança e tudo, e fica falando pra Deus e o mundo e eu não gosto disso, sabe.”* Ela se sente incomodada com o fato de as pessoas lhe perguntarem sobre filhos. *“Bah tão comentando que tu não podes ter filho, então é o caos, sabe, magoa bastante, então eu prefiro não falar nada.”*

A pessoa com quem pode contar é um amigo de extrema confiança com o qual compartilha vários segredos. *“Eu conto mais pra esse meu amigo, esse meu amigo, esse ficou no lugar da minha avó.”* Na manhã da entrevista contou que ele enviou inúmeras mensagens desejando boa sorte. *“Hoje de manhã mandou várias mensagens para o meu celular dizendo: que boa sorte, que dê certo, o destino tá traçado, tudo isso, bem legal.”*

## **Caso 5: Maria**

### **Dados de identificação**

Maria tem 32 anos e é casada há 5 anos com Marco que está com 32 anos. O casal reside numa cidade do interior do estado, ela trabalha como industriária e o marido como motorista. Maria é uma mulher alta, simpática e retraída. Tem pele clara, olhos azuis, cabelos loiros e curtos. Aparenta ser uma pessoa simples com nível sócio-econômico baixo. Ao ser convidada para participar da pesquisa manteve-se quieta, sem esboçar nenhuma reação, mas ao ser incentivada por sua colega de tratamento aceitou o convite. Durante a entrevista, mostrou-se disponível para responder as questões, porém suas respostas foram curtas e objetivas. Além disso, demonstrou dificuldade para refletir sobre algumas perguntas.

## **Projeto de ter um filho**

Maria conta que desde que casou vem pensando em ter filhos. *“Acho que desde que eu casei que a gente tá tentando, né aumentar a família.”* Refere que sempre pensou em filhos, mas que o desejo aumentou mesmo após o casamento. Ela menciona que o marido também sempre expôs sua vontade de ter um filho. Maria salienta que o um filho para ela, é a única coisa que falta na sua vida. *“É o que falta.”* Porém, não demonstra preferência pelo sexo do bebê. *“O que vier pra mim vem muito bem.”* Maria salienta que apesar de pensar em filho já há algum tempo, só pôde começar o tratamento agora em função das cirurgias a que precisou se submeter.

## **Expectativas em relação à maternidade**

Maria menciona que o bebê irá preencher um espaço e servir de companheiro na medida em que o marido viaja muito e ela se sente sozinha. *“Eu acho que ser mãe é tudo, eu acho que preenche o espaço que ta faltando, que eu também tô muito sozinha, o meu marido tá um dia em casa outro dia não, eu acho que faz muita falta.”* Ela acha que vai ser uma mãe muito coruja no cuidado com o filho, mas enfatiza que tentará estabelecer os limites necessários. Maria não possui uma figura significativa como modelo de mãe. Ela relata que educará seu filho da maneira que considera correta. *“Em especial não, eu acho que eu vou tentar sempre dar educação que eu acho que vai ser conveniente.”* Maria também não aponta alguém como um modelo negativo de maternidade. *“Mas é que a gente vê né, que nem na família dele, que tem vários casos de crianças assim que são demais assim sabe, que tu vê que (...) foram mal-educadas.”*

Maria relata sempre ter tido um bom relacionamento com sua mãe. *“Sempre foi boa, tranqüila, minha mãe é tudo, também adoro ela. A gente se dá super bem. Um relacionamento muito bom.”* Atualmente, ela e sua mãe mantêm contato diário pelo telefone, e algumas vezes, viajam até sua cidade para visitá-la.

## **Tentativas de gravidez**

Maria realizou duas cirurgias para retirada dos ovários. *“Foi por causa dos ovários, tive problema né, daí tirei um ovário, daí depois agora já vai fazer um ano que eu tirei o segundo, fiz tudo né então me impossibilitou né pra mim poder ter filhos naturalmente.”* Maria relata que não consegue engravidar pela via natural pelo fato de só ter uma trompa.

*“(...) eu tenho só uma trompa e ela tá com um pouquinho de problema, daí só um pedaço de um ovário, então não tem como.”* Ela refere que se não obtiver sucesso na primeira tentativa, tentará novamente até conseguir. *“A gente tem que tentar, já que essa é a única maneira que eu tenho, então tô indo né.”*

Maria conta que apesar de existir a possibilidade de adoção, caso não consiga engravidar, ela não pensa muito nesta idéia. *“(...) tem a adoção, mas eu já não penso muito. Eu quero ter o meu (...) e vou conseguir, vou conseguir.”*

### **Tratamento da infertilidade**

Através de indicação médica foi encaminhada para uma clínica particular. Lá realizou um processo investigatório e lhe indicaram o serviço do HCPA. É a primeira vez que Maria está fazendo a fertilização *in vitro*. Ela menciona que já havia feito alguns exames, mas ao iniciar o tratamento necessitou repetir alguns deles. Fez exames de sangue, esterosalpincografia, exame da tireóide, dentre outros. A escolha deste método se deu por causa do diagnóstico dado a Maria. Ela tem hidrosalpinge nas trompas. *“Daí eu tenho uma hidrosalpinge nas trompas né que impossibilita né, então esse um ovário não tem digamos como... ele libera só que o óvulo não chega digamos até o útero, alguma coisa assim. Então somente induzindo.”* Maria não sabe precisar sua chance de engravidar, mas salienta que tem esperança. *“Ah em porcentagem eram poucas, não sei te dizer o quanto, mas (...) eu tenho esperança.”* Ela conta que foi o marido quem insistiu para realizar o tratamento, pois ficava receosa de não dar certo.

### **Sentimentos em relação ao tratamento**

Maria relata que tinha receio de realizar a reprodução assistida por medo de se decepcionar com o resultado. *“O medo né, decepção de repente depois, né e, mas a gente vai conseguir. Tentar juntos, né.”* Ela refere que está se sentindo muito ansiosa desde que tomou a decisão por realizar o tratamento *“Ansiosa, essa é a palavra, porque não (...) tem que ficar tranqüila, mas a gente fica bastante ansiosa, né.”* A maior preocupação dela no momento é que o tratamento não dê certo. *“No momento eu acho que nenhuma, só quero que dê certo e só quero que seja tudo, tudo bem, tudo normal, tranqüila.”*

Maria menciona que agora quer estar totalmente direcionada para seguir os procedimentos adequadamente. Ela diz que não se incomoda em ter que comparecer ao hospital freqüentemente, pois já realizou tantos exames, que até está acostumada com a

situação. *“Eu acho que até tô acostumada porque eu já fiz tanto exame, tanta coisa, assim, né.”*

Maria fala que gosta de conversar sobre o tratamento e não se incomoda com o fato de as pessoas lhe perguntarem sobre o assunto. Ela menciona se sentir bem por estar tendo a oportunidade de realizar a reprodução assistida. *“Eu não acho que seja o fim, é o começo, né porque (...). Se alguém me perguntar eu não tenho porque não, eu tô me sentindo orgulhosa de estar fazendo isso, né. Não adianta só ficares com aquilo pra ti pensando, pensando. É bem melhor assim.”*

### **Vida Conjugal**

Maria conta que seu marido acredita que ela engravidará até o final do ano. Ela fala que ele está ansioso que nem ela, mas está conseguindo lhe dar o apoio necessário. *“Ah eu acho que pra ele também, ele tá assim ansioso né e ele quer tanto né então meu Deus.”* Maria acha que o marido não mudou a partir da decisão pelo tratamento, apenas observa que ele está mais esperançoso *“Ele tá mais esperançoso.”*

Maria conta que o marido está muito confiante no tratamento e salienta que o apoio dele está sendo essencial neste momento. *“Ele tá muito confiante, bem otimista. Eu acho que se não fosse ele do meu lado, acho que seria pior (...).”*

Maria acha que a sua vida irá mudar bastante com a vinda do bebê. *“Não digo cem por cento, né porque (...) mas eu acho que vai mudar bastante.”* Ela acha que o bebê é uma pessoa para a qual terá que dar atenção e se dedicar. *“Eu acho que daí tu tem alguém mais pra se dedicar, tudo tu tem que pensar que tem sempre alguém a mais, né que faz parte. Não pode pensar só assim: Hoje vou sair, né que era sempre só eu e ele, agora vai ter alguém mais junto, né. Eu acho que nesse sentido assim muda, né. Quer sempre aquilo mais. Mas já tá tudo organizadinho esperando.”* Ela acredita que se adaptará bem as mudanças advindas da chegada do bebê. *“Eu acho que eu vou me adaptar bem, pretendo. Já cuidava do meu sobrinho quando era bebê, imagina! Vai ser o máximo!”*

Quanto ao relacionamento do casal, pensa que este não será muito afetado pela vinda do bebê. *“Eu acho que não vai afetar muito, porque ele é muito carinhoso. Acho que ele tem carinho até pra dar pro bebê depois. Eu acho que vai continuar igual.”*

## **Rede de apoio**

Maria relata que ambas as famílias sabem que o casal está realizando tratamento, porém ressalta que a família do marido desconhece alguns detalhes. *“Só acho que a minha mãe e a minha irmã. A família dele assim, eles sabem que eu tô fazendo tratamento mais eles não sabem assim detalhes né, então é mais a minha família, a minha mãe, minha irmã, que a gente tem mais contato, mais próximo. A minha colega de trabalho também sabe tudo, a gente conversa bastante (...).”* A pessoa com quem pode contar nesse momento é a mãe. Refere que a família reagiu bem à decisão pelo tratamento. *“Reagiram bem, minha mãe também ela é bastante confiante, bastante otimista.”*

Maria menciona que as pessoas perguntam muito sobre os resultados dos procedimentos e ficam curiosos para saber os detalhes do que está acontecendo *“(...) a família pergunta, né, te fazem mais perguntas, estão mais presentes, também que a minha mãe sempre tá incentivando, né.”*

## **Caso 6: Marcela**

### **Dados de Identificação**

Marcela tem 33 anos e é casada há 09 anos com Laerte que está com 35 anos. O casal reside no interior do estado e ambos lecionam numa escola primária nesta cidade. Marcela é uma mulher bonita, de estatura baixa, aparência simples, jeito meigo e tímido, parecendo ter um nível sócio-econômico baixo. Tem pele clara e olhos castanhos, com cabelos lisos e loiros. Ao ser convidada para participar da pesquisa, respondeu baixinho que aceitava participar, mas manteve-se sentada na sua cadeira com expressão de assustada. Suas colegas assinalaram que seria bom ela conversar, pois era a sua primeira consulta. Durante a entrevista, se mostrou muito disponível para responder as questões, preocupando-se em falar o português corretamente. Sua fala parecia muito sincera, emocionando-se em grande parte da entrevista. Cabe ressaltar que a expressão e o tom de voz da entrevistada causaram um sentimento de pesar na pesquisadora, incitando uma vontade de cuidá-la. Ao final da entrevista Marcela expressou sua satisfação em ter conversado sobre a situação de tratamento.

## **Projeto de ter um filho**

Marcela relata que sempre pensou em ser mãe. *“Sempre sonhei né ser mãe, acho que é sonho de todas nós mulheres assim sonham em ser mãe. Sempre quis ser mãe, sempre meu projeto maior além de trabalhar fora, de estudar, sempre esteve em primeiro lugar ser mãe.”* No entanto enfatiza que a decisão de ter filhos foi dela e do marido. *“Ele também é louco por criança.”*

## **Expectativas em relação à maternidade**

Marcela menciona que, apesar de o seu salário ser baixo, já se sente realizada profissionalmente e que agora só falta concretizar o seu desejo de ser mãe. *“Acho que agora pra mim ser mãe é um projeto de vida, se eu não conseguir ser eu tenho até medo do que possa (...) tenho medo de uma depressão que me dê alguma coisa assim.”* Ela salienta não ter preferência pelo sexo do bebê. Marcela ainda diz: *“É o que tá faltando, é um projeto de vida. A única coisa que pra mim tá faltando é isso ter um filho que complemente uma família. Uma família sem um filho é triste né. É o projeto de vida é o que tá faltando.”*

Marcela acredita que o fato de estar passando por esta experiência se refletirá no seu cuidado com o filho. *“Eu imagino que eu vou ser muito melhor mãe por ter passado por tudo isso do que eu seria se eu não tivesse nenhum problema. Eu vou valorizar mais, eu já leio desde agora livros que falem, tenho até na bolsa livros que falem sobre como criar os filhos, que educação dar pra eles e sei que é importante dar limites, mas mais importante ainda é o amor pra eles né. Dar tudo de bom pra eles. Pouco presente porque eu trabalho o dia todo, mas não adianta pode ser uma mãe que fica em casa o dia todo com a criança e vai brincar pra lá e sai daqui não me incomoda, eu acho que então aproveitar o pouco de tempo que tem final de semana e à noite e desempenhar bem o papel de mãe, que isso que é importante. Eu acho mais importante isso, né do que ah não vai ficar em casa com ele e tal. Mas não adianta, muitas mães que eu conheço que ficam em casa e não tão nem aí.”*

Marcela não possui uma figura significativa como modelo de maternidade. Ela diz: *“Não me espelho em ninguém.”* Porém, destaca a sua mãe como a única pessoa que não gostaria de ter como modelo, pois refere que ela não dava a atenção e o carinho necessários para os filhos. *“Ela ficou em casa e tudo, mas que vai pra lá, nunca dava um elogio, nunca era de abraçar, de contar uma história, de conversar, de conversar quando eu era criança, de ter uma amizade. Isso que tá faltando que eu senti.”*

Marcela destaca que atualmente sua mãe continua a mesma pessoa de sempre. *“Ela não é assim como eu vejo as outras mães. Eu vou na casa dela da minha família, ela vem lá em casa. Mas ela não quer saber muito das minhas coisas, do que eu sinto do que eu não sinto, os problemas que eu tenho. Ela não se liga muito nisso.”* Ela é a mais velha e conta que com seus irmãos a relação com sua mãe era diferente. *“Daí parece que o que faltou pra mim, pra eles foi demais (...) não sei porque eu imagino que é porque eu sempre me virei e andava. É eu prefiro pensar assim do que pensar outras coisas e é isso.”*

### **Tentativas de gravidez**

Marcela teve acompanhamento médico lá na cidade aonde mora, fazendo uso de medicação para engravidar. Ela seguiu suas recomendações de tentar durante um ano sem uso de contraceptivo, mas não obteve sucesso. *“Daí ele me dizia como tinha que fazer, marcava os dias, pra erguer as pernas pra cima, várias dicas assim, mas não teve jeito, até medi a temperatura, tudo assim eu já tentei e não deu certo.”* Então, o médico da cidade lhe aconselhou a procurar um especialista na área de reprodução humana. Através de um anúncio numa revista soube do tratamento oferecido pelo hospital. E a partir daí, solicitou um encaminhamento pela prefeitura e aguardou um ano para conseguir marcar a consulta. Esta é a primeira tentativa de Marcela para engravidar.

Marcela refere que já pensou em adotar, caso o tratamento não transcorra bem, mas diz que seu marido não aceita a idéia. *“Eu já pensei em adotar, mas de repente o meu marido não aceita muito e muitas pessoas, pais que eu conheço, até alunos adotivos assim que os pais pegaram pra adotar eu tenho, eu procuro assim encontrar um que tenha assim mais ou menos normal e todos com problema. Então eu não consigo assim achar uma pessoa conhecida que eu tenha gostado, que tenha assim uma experiência boa ou normal.”*

### **Tratamento da infertilidade**

A partir da constatação sobre não conseguir engravidar naturalmente, Marcela começou a se informar, ler revistas sobre o assunto, assistir aos documentários na televisão para se inteirar sobre a reprodução assistida. *“Eu já vim aqui em reunião que eles explicam como é que faz a fertilização, a inseminação tudo direitinho. Eu me informei.”*

Marcela começou o tratamento no ano de 2003, nesta mesma época, dia 22 de dezembro foi a primeira consulta. Mas em função de uma cirurgia, realizada em julho de 2004, só iniciou a reprodução assistida agora. Refere que realizou vários exames no HCPA

e outros na cidade onde mora. Através da videolaparoscopia detectaram que ela tinha endometriose e, por isso, necessitou se submeter a uma cirurgia para posteriormente iniciar o tratamento. Marcela está fazendo fertilização *in vitro* por causa do ovário policístico e da endometriose. *“Eles viram que tava assim tomado de endometriose e ela deteriorou as trompas né e já tava é uma carne que gruda no útero assim. Daí eles limpam, tiraram tudo aquilo e agora eu vou pra fertilização.”*

Marcela iniciou tomando as medicações padrões necessárias. *“Eu tomei Clomid do 3º dia ao 7º, no 8º dia que é hoje eu vou fazer ecografia todos os dias durante uma semana e aplicação de Gonal e, se correr tudo bem, eu vou usar também o Choriomom, que é pra os óvulos amadurecer.”* Ela menciona que os médicos a alertaram sobre o alto custo desse tipo de tratamento, apontando que ela iria gastar muito pela dificuldade de se conseguir nas primeiras tentativas.

### **Sentimentos em relação ao tratamento**

Marcela conta que está se sentindo melhor por saber seu diagnóstico. Refere que na sua cidade os médicos não conseguiam descobrir seu problema, tendo cada um uma opinião diferente. Relata aliviada que no HCPA efetuaram uma investigação minuciosa possibilitando descobrir o diagnóstico correto *“Eu tô me sentindo bem melhor agora do que quando eu tava lá na minha cidade que eu ia de médico em médico, cada um me dizia uma coisa, e ninguém sabia me orientar direito. Eu ficava perdida sem saber, sem ter um caminho, sem saber que caminho seguir, daí eu sei que caminho que eu tenho que seguir.”*

A maior preocupação de Marcela é com a condição financeira para custear todo o tratamento. *“Se não der certo dessa vez, se eu vou conseguir ter dinheiro pra comprar toda essa medicação. Porque aqui é gratuito o tratamento, a medicação não. Se eu vou ter dinheiro pra comprar mais medicação. Mais que eu penso é a questão financeira, mais financeira do que outras coisas.”*

Marcela observou algumas mudanças na sua vida desde que optou pelo tratamento. *“Eu fiquei mais calma, parou minha dor de cabeça, a minha dor muscular. Eu tinha muita dor aqui (ombros) (...) irritação, muitas vezes eu descontava nas pessoas, nas crianças e agora eu já tô mais calma.”*

Marcela mora no interior e precisa permanecer algumas semanas em Porto Alegre para realizar os procedimentos. Ela ressalta o quanto é difícil ficar sozinha morando num lugar desconhecido longe de sua casa e de seu marido. *“Ficar fora de casa, tu tá fora de casa, tu tá precisando da grana e tem que ficar gastando, daí tem a ansiedade, tem a*

*expectativa da gente, tem que saber lidar com a dor do marido, das famílias, dos colegas e a gente fica ansiosa de ficar aqui. Tu fica aqui. Uma cidade assim que tu não conhece ninguém, morando num lugar também estranho, tem ansiedade, o que mais que tem é ansiedade, tem que ficar esperando e a hora não passa.”* Porém, aceita que este é o único jeito de ela conseguir o que tanto deseja. *“É eu já me preparei assim pensei comigo mesma que eu vou ter que ficar lá não tem outro jeito, e eu tô fazendo tudo direitinho que me pedem pra fazer, tô fazendo direitinho, tô pensando positivo que vai dar certo.”*

Marcela está muito ansiosa frente à situação de tratamento, mas, ao mesmo tempo, mostra-se muito esperançosa. *“É eu vou chorar (...) ansiosa eu acho que eu to assim na expectativa, eu não sei o que vai acontecer e esperando que tudo dê certo e se não der, bola pra frente, a gente vai tentar tudo de novo.”* Ela acredita no seu pensamento de que dará tudo certo. *“Tô pensando positivo que vai dar certo e que se não der certo eu ainda tenho tempo até 38 anos que aqui fazem e que se não der certo mesmo não é pra eu realizar esse desejo aqui.”*

## **Vida Conjugal**

Marcela comenta que seu marido está muito ansioso com a situação de tratamento, ameaçando-a de procurar outra mulher para ter seus filhos. Ela relata que Laerte fica cobrando para que siga todos os passos adequadamente, demonstrando dúvida quanto ao comprometimento da mulher com o tratamento. *“Pra ele não tá sendo fácil, ele é mais ansioso do que eu e fica me cobrando muito e fala assim, fala brincando, mas fala assim que vai arrumar outra mulher, que vai ter filho com outra, qualquer dia ele vai aparecer em casa com uma criança pra mim cuidar, perguntou se eu vou cuidar se ele tiver filho com uma outra pessoa e adotar ele não quer. Ele queria ter um filho dele porque ele pode ter filho. Ele quer criar nem que seja com outra pessoa.”* Marcela afirma não estar preocupada com a pressão do marido pois diz confiar muito nele. *“É só conversa e se ele tiver o filho com outra (...) acho que ele não (...) eu não sei se é muita confiança que eu tenho. Eu não acredito, eu não acredito sabe.”* Apesar dessa atitude, Marcela observou que algumas mudanças ocorreram. Ela acha que o marido está mais tranqüilo por terem descoberto a causa do problema e pelo fato de ela já ter iniciado o tratamento. *“Ele tá mais confiante, parou de (...) ele era muito preocupado também. Tá conseguindo levar a vida dele normal, né. Então nesse sentido mais tranqüilo assim, a mesma coisa que eu.”* No relacionamento do casal, ela refere que também percebeu algumas mudanças positivas. *“Eu acho que mudou, a gente tá podendo fazer planos porque antes a gente não sabia*

*quanto que vai gastar e tudo e daí agora mais ou menos assim a gente sabe quanto que vai gastar, quanto que tem que guardar, o que pode investir (...).”*

Marcela demonstra sua incomodação com a cobrança do marido, contando que gostaria que ele parasse de pressioná-la e de desconfiar de seu comprometimento com o tratamento. *“Que ele tenha paciência, que ele não me pressione, que ele não fique de chegar e querer saber se eu fiz tudo certo, que eu faça tudo certo, que ele cobre menos, que tudo que eu posso fazer eu faço, né que ele não fique me cobrando, coisa que eu já sei que tem que fazer, não precisa ele ficar me cobrando. Daí ele diz que não dá certo porque eu fico muito ansiosa que eu fico assim, mas ele também me deixa assim, ele que me deixa mais ainda com a ansiedade dele ele me deixa mais ansiosa ainda.”*

Marcela acredita que a vinda do bebê irá mudar sua vida para melhor. *“Vai mudar bastante porque como eu já disse é o que tá faltando. Ele cobra muito de mim, daí eu vou exigir bastante dele (...). É tudo que eu tô esperando que mude, que mude pra melhor que vai a qualidade de vida vai ser bem melhor porque é o que tá faltando (...).”*

### **Rede de apoio**

Marcela menciona que as pessoas com quem está podendo contar neste momento são seus colegas de trabalho, pois não costuma comentar a situação com outras pessoas. *“Mais assim pra desabafar assim, eu prefiro mais um colega do que..., já que eu sinto isso da minha família, então eu prefiro não ficar falando. Já que eu sinto que eles também não querem que eu fale.”*

Na família, ela relata que todos os membros sabem, mas que não falam sobre o assunto, com receio de que Marcela possa lhes pedir algum dinheiro emprestado para pagar os gastos do tratamento. *“Eu sempre pensei que se um dia eu precisar minha família vai me ajudar, tem a família dele também e a gente vê que questão financeira não tem pai, não tem mãe, não tem cunhado, nem cunhada. Eles têm muito medo assim por ser da família que tu não vai pagar, que tu vai gastar assim além da conta que tu nunca mais vai conseguir pagar pra eles e assim daí isso dá um certo desconforto porque tu não tem com quem contar é você e você.”*

No que se refere à reação da família frente ao tratamento, Marcela enfatiza que seus familiares não entendem muito do assunto, argumentando que se deve ao fato de morarem no interior. *“Quem consegue ter filho tem, quem não tem fica, muitos ficam na ignorância, que não vão procurar, não vão ler alguma coisa, vão no médico ele diz que não dá se*

*contentam por isso mesmo não vão atrás. Não tem muito conhecimento sobre isso eles tão esperando que eu engravide, tão esperando um neto.”*

Marcela conta que a cobrança das pessoas à sua volta também é grande. “As pessoas querem saber demais da tua vida, querem saber porque que tu não tem filho, ficam perguntando muito. Eu venho pra cá daí se eu volto, digamos que não deu certo, eles querem saber, sabe tu não consegue se livrar, eles não se contentam com uma palavra assim foi tudo bem eu fiz a medicação, ficam se metendo. Não, parecem que eles querem saber, eles ficam numa curiosidade assim porque eles não passaram por isso.” Marcela relata que essa situação é constrangedora pois não se sente à vontade para expor o assunto. “Pra mim não, eu não gosto disso, ficar expondo assim muito. Eu não me sinto bem assim, que eu prefiro ficar mais quieta assim.”

## CAPÍTULO IV

### DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi examinar, através de uma abordagem qualitativa, as expectativas e sentimentos de mulheres que estão realizando a reprodução assistida. Nos casos estudados, foi possível destacar algumas semelhanças e particularidades referentes ao tema em questão. Este capítulo pretende discutir, com base na literatura, aspectos comuns e singulares, dividindo-os em três grandes eixos: 1) Tratamento da infertilidade e sentimentos associados, 2) Relacionamento conjugal e familiar e 3) O desejo de ter um filho.

#### **Tratamento da infertilidade e sentimentos associados**

A iniciativa do tratamento foi da mulher em três casos, do marido em apenas um caso e indicação médica em dois casos. Elaine e Lídia iniciaram o tratamento há aproximadamente cinco anos, estando ambas na quarta tentativa. Clara e Juliana iniciaram o tratamento há um ano, e estavam ambas na segunda tentativa. Maria e Marcela iniciaram há menos de um ano, estando ambas realizando o primeiro tratamento. Todas as participantes estão realizando o tratamento pelo SUS e utilizando como procedimento a fertilização *in vitro*. Os exames realizados pelas pacientes são os comumente solicitados quando há suspeita de infertilidade. São eles: exame de sangue, ecografia com doppler, esterosalpincografia, histeroscopia, histerografia, videolaparoscopia, etc. Cinco participantes foram diagnosticadas como tendo infertilidade de causa orgânica. Apenas uma participante teve diagnóstico de infertilidade sem causa aparente. Esse dado corrobora a literatura no sentido de que as causas orgânicas se sobressaem sobre as emocionais (Meyers & cols., 1995). Três casos advêm da infertilidade feminina, um caso de infertilidade masculina, um caso de infertilidade conjugal e um caso de infertilidade sem causa aparente. Para a maioria dos casos, a equipe médica apontou uma estimativa de 20-30% de chance de obterem gravidez. As participantes se mostraram bastante confiantes e esperançosas quanto às possibilidades de gravidez, acreditando na capacidade de conceberem um filho biológico. Parece que não existe espaço psíquico para pensar sobre a possibilidade do resultado negativo. Em todos os casos, percebe-se uma crença mágica de que se o pensamento for positivo o tratamento dará certo. O controle mágico e onipotente da situação aparece, tentando dar conta do desespero, do impensável. Juliana contou que

são dadas poucas chances para não alimentar esperanças nas pacientes. O caso Lúcia se destaca em relação aos outros, pois percebe-se descaso quanto às chances de gravidez, confirmando a idéia de que, na verdade, nas palavras dela, “não nasceu para ser mãe”. Talvez essa defesa utilizada por Lúcia sirva para lidar com o sofrimento advindo de sua dificuldade para engravidar, pois já está realizando a sua quinta tentativa. No que se refere ao Programa de Fertilização Assistida, quatro mulheres souberam do tratamento oferecido pelo hospital através de encaminhamento médico. As outras duas conheceram o serviço através de anúncios em veículos de comunicação, procurando, em seguida, informações a respeito.

As entrevistadas revelaram diversos sentimentos desencadeados pela decisão de realizar o tratamento, tais como: ansiedade, frustração, nervosismo, grande expectativa de gravidez, vontade desesperada de ter um filho, ter de lidar com a dor do marido e familiares. Diversas manifestações de distúrbios psicológicos associados com a condição de infertilidade, como as apresentadas pelas participantes, são apontadas na literatura (Kusnetzoff, 1997; McDaniel, Hepworth & Doherty; 1994; Serafini, 1998). Complementando essa idéia, Mahlstedt (1985) afirma que os pacientes, ao se defrontarem com o diagnóstico de infertilidade, na maioria dos casos têm de lidar com várias perdas, dentre elas: a perda da auto-estima, da autoconfiança, da segurança, da saúde, da fantasia ou da esperança de realizar uma fantasia importante e, finalmente, a perda de alguém ou algo com um grande valor simbólico. Preocupações relativas ao tratamento apareceram em todos os casos. Quatro participantes revelaram preocupação com a efetividade do tratamento. Marcela, talvez por ter uma situação econômica baixa, mostrou preocupação com suas condições financeiras para custear todas as medicações. E Lúcia demonstrou preocupação com o crescimento dos folículos, em função de sua baixa produção de óvulos.

No que se refere aos procedimentos inerentes ao tratamento, as participantes relataram incomodação com uso excessivo de medicamentos, cansaço físico, aceitação quanto a ficar longe de casa para comparecer às consultas, costume com os inúmeros procedimentos e perda da liberdade sexual. Somente Elaine mencionou uma sensação de perda da liberdade sexual. Kusnetzoff (1997) destaca que os procedimentos diagnósticos, costumam ser vividos como invasivos da intimidade pessoal ou do casal, mobilizando sentimentos primitivos de vergonha e humilhação que, muitas vezes, são fontes de estresse e conflitos. No caso Clara, a entrevistada transmitiu uma sensação de cansaço “suportável”, no sentido de mostrar que a busca incessante pelo filho vale a pena. A maioria das entrevistadas percebeu alguma mudança significativa desde a tomada de decisão pelo tratamento. Dentre estas, destaca-se uma diminuição da irritação, das dores

corporais e uma sensação de tranquilidade por saber o diagnóstico correto, além de uma maior preocupação por parte da família, mais vontade de viver e modificações quanto à idéia da adoção. Alguns sentimentos associados ao tratamento foram elucidados pelas participantes. Foram abordados sentimentos negativos, tais como ansiedade, insônia, dificuldade de alimentação e tristeza frente aos resultados. Quanto aos sentimentos positivos, destaca-se a expectativa quanto ao sucesso do tratamento, realização por estar fazendo o tratamento, tranquilidade e confiança. Elaine evidenciou que o tratamento é um obstáculo fácil de ultrapassar quando comparado à morte de sua mãe. A infertilidade e o luto pela morte de um familiar são experiências muito similares (McDaniel e cols.,1994). Em ambos os casos, os pacientes passam por estágios de luto, necessitando reajustar-se para acomodar a situação.

Dificuldades ligadas ao tratamento foram apontadas por quatro mulheres. Marcela e Clara relataram ansiedade em ter que se deslocar e permanecer numa cidade desconhecida para fazer o tratamento. Isso desperta sentimento de abandono, desamparo e solidão, reforçados pelo fato de que os procedimentos médicos exigem uma presença regular nas consultas. No entanto, se submetem a isso devido à intensidade do desejo de ter filhos. Já Maria disse ter medo de decepcionar-se com os resultados. Sem dúvida, o medo da decepção é mais evidente quando se trata da primeira tentativa de gravidez via fertilização. Geralmente, as pacientes chegam com uma expectativa de obter sucesso logo no início. Juliana cita que a maior dificuldade é ter que ficar se escondendo para vir às consultas. Esse comportamento é adotado pela paciente pelo fato de se sentir envergonhada por estar realizando este tipo de tratamento, além de que as pessoas à sua volta desconhecem sua situação. Ela demonstra um sentimento de inferioridade frente aos familiares e amigos. Conforme Dunkel-Schetter e Stanton (1991), a informação sobre a incapacidade de conceber é considerada muito privada e embaraçosa, em parte porque a infertilidade envolve o comportamento sexual, assunto que nem todos se sentem confortáveis para discutir com familiares e amigos.

O temor à idade esteve presente em três casos. Percebe-se uma preocupação com o fato de a idade interferir na consecução da gravidez tão desejada. Nestes casos, as mulheres mencionaram já se sentirem velhas para engravidar. Essa preocupação é relevante, pois estudos mostram que a idade pode influenciar negativamente a fertilidade (Gray, 1979; Speroff, Glass & Kase, 1986). Badalotti e Petracco (1997) apontam que o sucesso do tratamento diminui com o aumento da idade da mulher. Os índices de fertilidade, tanto na concepção natural quanto na reprodução assistida, começam a decrescer assim que a mulher atinge a terceira década de vida e, após os 40 anos, a queda torna-se drástica.

Tanto as participantes que estão na quarta tentativa de gravidez quanto as que estão na segunda, revelaram sentimentos em relação aos tratamentos fracassados. Nos casos Elvira e Lídia nota-se uma desesperança no decorrer dos tratamentos. Observa-se que as pacientes ao longo do tratamento passam por um ciclo crônico de esperança-perda a cada vinte e oito dias. De acordo com Schaffer e Diamond (1994), as mulheres que se submetem a tratamento demorado para a infertilidade, freqüentemente relatam frustração por não serem capazes de experienciar a maternidade, nem buscar ativamente alternativas de satisfação. A atenção do casal fica direcionada exclusivamente para o tratamento, forçando-os a desistir de outros planos anteriormente estabelecidos. Já nos casos Clara e Juliana, identifica-se certa ansiedade pelo desconhecido, na medida em que as pacientes fantasiavam algo muito mais aterrorizante do que era realmente. De fato, ao iniciar o tratamento, a paciente traz consigo um montante de dúvidas e medos, além de insegurança quanto ao fato de conseguir lidar com a situação. Ainda mais quando esta é desconhecida e povoada de fantasias e expectativas (Serafini & cols., 1998). Somente duas participantes experimentaram alguma situação que pudesse influenciar negativamente o tratamento. Elaine perdeu a mãe há pouco tempo e quando a mesma adoeceu, dois anos antes, ela decidiu dar uma pausa no tratamento em função de seu estado emocional. E Juliana perdeu a avó alguns dias após ter feito a transferência embrionária, e associa a involução de sua gravidez com este fato. A perda dessas figuras significativas foi extremamente dolorosa para ambas pacientes, estimulando-as a conceber uma criança a qualquer preço. Conforme Brazelton e Cramer (1992), a criança poderá reverter às antigas separações e eliminar a dor decorrente da morte e do desaparecimento de pessoas queridas. A criança virá para preencher o vazio deixado por aqueles que não estão mais presentes.

Apenas uma das entrevistadas já esteve grávida anteriormente. Lídia teve duas gravidezes tubárias sem evolução, necessitando realizar cirurgia nas duas situações. Durante a entrevista não comentou muito sobre a questão, mas é provável que este fato tenha sido uma experiência potencialmente traumática. O fracasso em conceber pode criar uma idéia de incompetência. A confiança em sua capacidade para reproduzir-se e a consciência desta capacidade são partes de sua auto-imagem. Segundo Pines (1989), a perda da gravidez pode gerar nas mulheres depressão, perda da auto-estima e rejeição a seus corpos femininos que não deram a elas bebês vivos.

A adoção é uma das alternativas capazes de serem adotadas frente à impossibilidade de gravidez. Quatro participantes afirmaram considerar essa idéia pertinente. No entanto, Marcela salientou sua opinião de que geralmente as crianças adotadas desenvolvem algum tipo de problema. Tubert (1996) refere que o discurso das

mulheres que esperam a FIV mostra que elas oscilam entre as posições subjetivas (paixão e renúncia), considerando em certos momentos a possibilidade do fracasso e de substituir a exigência inquestionável do filho próprio para dar lugar ao recurso da adoção de uma criança. Observa-se claramente na fala dessas mulheres esperança quanto a ter seu próprio filho e dúvida constante sobre partir logo para a adoção. Elas demonstram um desejo de esgotar as tentativas possíveis, para, a partir daí, se permitir pensar em adotar uma criança. Maria e Clara não pretendem adotar, pois acreditam que conseguirão ter seus próprios filhos. Sobre essa argumentação, Deutsch (1972) afirma que só é possível renunciar ao desejo de filho quando não se trata de um mero anseio de plenitude narcisista. Na verdade, a adoção só será vista como uma alternativa quando ambas conseguirem elaborar a impossibilidade de ter um filho biológico.

### **Relacionamento conjugal e familiar**

No que se refere aos sentimentos do marido frente à decisão de tratamento, foram dadas diferentes respostas imprescindíveis de comentários. Maria apenas citou que seu marido está muito ansioso. Lídia comentou que o marido lhe dá apoio, se preocupa com ela, mas precisa trabalhar e não pode acompanhá-la. Percebe-se, no discurso desta entrevistada, que o tratamento é uma responsabilidade dela, precisando encarregar-se da situação sozinha. Parece que Lídia reclama a presença do marido, pois, na verdade, gostaria que ele estivesse mais presente. Já Elaine contou que o marido se sente chateado com o insucesso do tratamento. Ele gostaria que identificassem a causa do problema para solucioná-lo mais rapidamente. Segundo Kusnetzoff (1997), existe nos casais inférteis uma ansiosa e desesperada busca de explicações. Além de buscarem a causa ou explicação, muitos casais vivem a infertilidade como uma estressante ambigüidade, no sentido de que experienciam a criança que desejam ter como psicologicamente presente, mas ausente em termos físicos (Burns, 1987). Marcela contou que o marido fala repetidas vezes em procurar outra mulher para ter um filho. Juliana mencionou que o marido fica preocupado com a reação dela frente a um resultado negativo. E Clara relatou que seu marido se sentiu desvalorizado e decepcionado por ser o responsável pela impossibilidade de gravidez. Pelo fato de a causa ser do homem, muitas vezes, eles podem experienciar auto-estima diminuída e um senso de fracasso pessoal, ficando obcecados acerca de sua adequação como homens (McDaniel, Hepwort & Doherty, 1994). Essa condição fere a masculinidade, gerando sentimentos de inutilidade e vergonha.

Três participantes notaram mudanças no marido frente à decisão de tratamento. Elas perceberam os maridos mais confiantes e esperançosos quanto à possibilidade de ter um filho, além de mais atenciosos no dia-a-dia. Quanto ao relacionamento, as mesmas mulheres observaram que os companheiros estão mais carinhosos, organizados e que essa situação promoveu uma melhoria na relação do casal. Kusnetzoff (1997) afirma que a infertilidade pode resultar em uma união mais estreita do casal. Entretanto, a maioria dos autores aponta efeitos negativos da infertilidade nos relacionamentos dos casais (Kraft & cols., 1980; McDaniel & cols., 1994; Ribeiro, 2004; Schaffer & Diamond, 1994). Enfatizam o potencial da infertilidade para danificar ou arruinar a intimidade de um casal, podendo causar tensões sexuais, financeiras, emocionais e até mesmo comprometer o próprio vínculo matrimonial. O casamento pode ser atingido, especialmente se estiver fortemente sustentado pelo conceito de parentalidade. Neste estudo, as participantes revelaram mudanças positivas nos companheiros, bem como no relacionamento conjugal frente ao tratamento. Portanto, esse achado difere dos encontrados na literatura. Marcela salientou que o relacionamento mudou, pois o casal agora estava mais organizado e apto a fazer planos para o futuro. Em apenas três casos apareceu a preocupação do marido de que o tratamento não transcorresse adequadamente. Elaine contou que o marido sente tristeza ao se deparar com o resultado negativo de gravidez, incitando-lhe um sentimento de pena. Como o marido está muito presente no tratamento, ele vivencia, juntamente com Elaine, o impacto do resultado. Clara também observa uma sensação de tristeza no marido, mas neste caso, é pelo fato de carregar o diagnóstico de infertilidade. Matthews e Matthews (1986) argumentam que a pessoa que carrega o diagnóstico pode sentir culpa e dúvida quanto ao afeto do parceiro. A pessoa pode fantasiar que se o cônjuge tivesse outro parceiro, poderia conceber.

Em cinco casos, os maridos não participam do tratamento. Apenas Elaine mencionou o envolvimento do marido, acompanhando-a freqüentemente nas consultas e pesquisando alternativas para o problema do casal. Tubert (1996) refere que a presença dos maridos se impõe fundamentalmente através do silêncio. Habitualmente eles só se fazem presentes no processo da FIV para trazer o sêmen no momento necessário. Para eles, a infertilidade é um problema da mulher, diante do qual se situam quase como observadores passivos, juntando-se às iniciativas que tomam suas esposas. É notável a vontade por parte das mulheres de terem uma presença mais constante dos maridos no tratamento, pois se sentem muito sozinhas.

Muitas vezes, os casais inférteis demonstram inveja daqueles casais que já possuem filhos (McDaniel & cols., 1994; Ribeiro, 2004). Nos casos Lídia e Elaine foi possível

perceber a presença deste sentimento. O casal presencia o nascimento dos filhos de seus amigos e parentes enquanto espera confiante a possibilidade de gerar os seus próprios. Ribeiro (2004) enfatiza que os casais que passam por essa situação podem experienciá-la como algo que os inferioriza diante dos outros, fato que pode ser decorrente de várias áreas de conflito psíquico. Pode ser uma reedição ou reativação do complexo de inferioridade do período da infância, onde a criança não pôde conceber filhos como seus pais.

Nos casos Lídia e Marcela, ambas informaram que existe certa desconfiança por parte dos maridos no que se refere à realização adequada do tratamento. O marido de Marcela acredita que o tratamento não dá certo por causa da ansiedade da esposa. Ela, por sua vez, espera que o marido seja mais paciente e não duvide de sua dedicação ao tratamento. Marcela parece sentir-se bastante chateada com esta desconfiança demasiada. A situação de infertilidade não é somente uma crise individual, mas uma crise do par, de modo que a situação impele-os a reavaliar o sentido de seu relacionamento. Nota-se que a auto-estima e autoconfiança do casal sofrem um forte impacto, tornando o relacionamento sobrecarregado de acusações, culpas e desapontamentos.

No que concerne ao apoio dado pelo marido, quatro entrevistadas sentem-se satisfeitas com o apoio oferecido pelo companheiro. Acreditam que eles fornecem o suporte necessário, incentivando-as a levar o tratamento adiante. Alguns estudos relatam que embora esses indivíduos sintam-se frustrados pela infertilidade, seus relacionamentos conjugais são cheios de afeto e apoio (Callen, 1987; Humprey, 1975).

Possibilidades de mudanças com a vinda do bebê foram apontadas por todas as mulheres, sendo que algumas evidenciaram mudanças positivas e outras negativas. Dentre elas, menos liberdade e mais tempo para o bebê; preocupação com mais alguém, mais união do casal, marido mais presente, distanciamento do casal. A vinda de um bebê exige do casal reajustamentos e redefinições de papéis. Essa possibilidade pode ameaçar ou aproximar a relação conjugal. Quatro entrevistadas imaginam que a vinda do bebê mudará para melhor seus relacionamentos e até sua vida. Acreditam que se adaptarão bem à nova situação, melhorando a qualidade de vida. É interessante mencionar as respostas dadas por Juliana e Lídia. Juliana acha que seu relacionamento vai melhorar, pois havia pensado em se separar, no entanto, deseja um filho a qualquer preço. Na verdade, Juliana deposita na criança uma expectativa de unir o casal, ficando a mesma encarregada dessa missão de reparação. Já Lídia mostra ambivalência quanto à entrada de um terceiro na relação do casal. Ela teme que a chegada de uma criança possa distanciá-los. Nesse sentido, a vinda do bebê pode fazer com que Lídia reviva o complexo de Édipo experimentado na infância, no qual um terceiro ameaça a relação.

Nos casos Elaine e Lúdia constata-se a presença de um animal de estimação como um substituto para o bebê. No discurso de ambas percebeu-se uma referência aos animais como preenchendo o lugar dos filhos. Pode-se pensar que ambas vivenciam a maternidade, mesmo que simbolicamente, através do cuidado desses animais. Estes, por sua vez, podem estar servindo para preencher um vazio interno decorrente da falta de filhos.

Foi evidenciada em dois casos uma opinião do marido acerca da adoção. Em ambos os casos os maridos não aceitavam a idéia de adotar um bebê. Esse achado pode estar relacionado à idéia de que o filho biológico assume o sentido da continuidade, aludindo à necessidade masculina de garantir a descendência. Cabe aos homens a transmissão do nome da família, uma prática muito valorizada culturalmente. A participação biológica do homem na reprodução, transmitindo seus genes e seu sangue, representa o fato natural sobre o qual a paternidade é construída. Há uma crença de que a reprodução biológica é que estabelece as ligações afetivas e emocionais entre pais e filhos (Costa, 2001).

A maioria das mulheres apontou os familiares como as pessoas com quem podem contar nesse momento, além de amigos e colegas de trabalho. Evidências de que a situação de tratamento é dividida com os familiares e amigos apareceram em quatro casos e, somente com familiares, em um caso. A situação estava sendo mantida em segredo em apenas um caso. Schaffer e Diamond (1994) descrevem que geralmente as pessoas que passam por um tratamento prolongado para a infertilidade sentem-se isoladas de outras e indecisas quanto a manter a privacidade enquanto se submetem ao tratamento tradicional. Conforme a maioria das entrevistadas, os familiares reagiram bem à decisão do casal de realizar o tratamento, apoiando-os. No entanto, Marcela declarou que seus parentes não tinham conhecimento sobre este tipo de tratamento e não comentam sobre o assunto, pois temem que ela solicite ajuda financeira. No caso de Lúdia, a reação foi diferente. Sua mãe achava que ela deveria adotar um bebê porque já sofreu muito quando se submeteu às cirurgias. Cabe salientar que a atitude dos familiares, em ambos os casos, não influencia o comportamento dessas mulheres frente ao tratamento.

A cobrança pela falta de filhos era sentida por três participantes. Relataram que as pessoas querem saber o motivo pelo qual elas ainda não têm filhos. Sentem-se invadidas e tristes por terem que conversar sobre esse assunto. Elaine e Lúdia, que estão há mais tempo em tratamento, optaram por não comentar com as pessoas. Ambas sentem-se desconfortáveis com o fato de as pessoas perguntarem sobre o resultado do tratamento e elas contarem que não obtiveram sucesso. A situação de infertilidade parece promover ou reativar uma profunda ferida narcísica nos casais, revelada por intensos sentimentos de inferioridade diante dos outros, de vergonha e baixa auto-estima. Tais sentimentos estão

presentes neste tipo de paciente, já que o projeto de ter um filho é carregado de investimentos narcísicos (Ribeiro, 2004).

Os motivos narcisistas que permeiam o desejo de ter um filho são normalmente negligenciados na situação de reprodução assistida. A medicalização do tratamento acaba desconsiderando este aspecto e preocupando-se, mais atentamente, em responder às demandas das pacientes através das novas tecnologias reprodutivas.

### **O desejo de ter um filho**

Freud (1914), em “Sobre o narcisismo: uma introdução”, pressupõe a existência de um narcisismo primário e normal em todos os indivíduos. Procurou manter a idéia de uma única fonte energética. A idéia é de uma energia capaz de investir o ego e também os objetos do mundo externo, capaz de passar de um a outro, como um capital circulante, de tal forma que se um investimento diminuir, o outro deverá necessariamente aumentar. Desta forma, a catexia libidinal é a do ego, parte da qual posteriormente é transmitida aos objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionada com as catexias objetais. Ao referir-se aos sentimentos amorosos dos pais para com os filhos, Freud parece admitir a existência do investimento narcísico na relação objetal. A busca incessante por um filho reflete a necessidade do indivíduo de satisfazer os próprios desejos narcísicos. Através dos filhos, os pais podem reviver experiências da infância e reproduzir seu próprio narcisismo que há muito abandonaram. Em função disso, depositam grandes expectativas na criança no sentido de esta realizar todos os potenciais que neles encontram-se adormecidos (Freud, 1914).

Embasados nas noções freudianas sobre o narcisismo, Brazelton e Cramer (1992) descrevem sobre a complexidade dos motivos narcisistas que levam as mulheres a desejarem um filho. São eles, entre outros, o desejo que a pessoa tem de fundir-se com um outro, conservar uma imagem idealizada de si mesma como um ser completo e onipotente, o desejo de duplicar a si mesma ou espelhar-se e o desejo de realizar os próprios ideais.

Na maternidade, a mulher pode realizar seus ideais maternos construídos por identificações precoces com sua mãe, através de lembranças de experiências sentidas, ouvidas, aprendidas e de emoções, desejos e fantasias. O futuro bebê representa a promessa de uma relação íntima, de uma realização de desejos e fantasias da infância. No presente estudo, a preferência de Elaine pela concepção de uma criança do sexo feminino deve-se ao relacionamento prazeroso que tivera com a mãe. Parece que por meio da identificação

com a mãe, através da experiência de ser cuidada, Elaine deseja repetir essa relação com seu próprio filho.

Um dos elementos básicos da teoria psicanalítica do narcisismo é a necessidade humana de onipotência e completude. O indivíduo, a todo o momento, se confronta com sua própria insuficiência e incompletude. Existe um intenso desejo de ter um objeto para investir e, ao mesmo tempo, suprir suas necessidades. Em vista disso, o indivíduo elege um objeto significativo e vai em busca deste. Este desejo de completude pode ser satisfeito tanto pela gravidez quanto pela própria existência da criança. Ao gerar um filho a mulher tem a oportunidade de avaliar a potência e a produtividade do próprio corpo. No caso Elaine, quando se refere ao crescimento do ventre e a perspectiva de amamentação do filho está expressando um desejo de se sentir completa. A gravidez é uma resposta aos sentimentos de vazio e às preocupações relativas à incompletude do corpo. Soma-se a essa sensação o fato de poder exibir esse preenchimento (barriga).

O desejo narcisista de completar-se por meio de uma criança é observado no caso Juliana. A existência de um conflito vivenciado pelo casal gera uma expectativa de que o filho venha preencher necessidades pessoais da mãe, tais como evitar a solidão e satisfazer a carência de afeto. A sensação de incompletude também está presente no caso Maria, ao referir-se sobre seu sentimento de solidão e a necessidade de completar o espaço que está faltando. Nesta situação, o filho viria com a missão de satisfazer desejos e preencher o vazio interno deixado pela ausência do companheiro. No caso Marcela, o filho viria para selar o compromisso existente entre os cônjuges, aprofundando sua relação conjugal e complementando a família. A possibilidade de conceber um descendente gera maior cumplicidade e união do casal.

O desejo de duplicar a si mesma permite a conservação de uma imagem idealizada de si. Essa fantasia aparece no discurso de Clara quando alude ao desejo de ter um bebê gerado dentro de si. Na sua fantasia a mulher almeja gerar um bebê perfeitamente receptivo, que duplica o seu self ideal e a informa a medida de seu êxito como mãe. A possibilidade de ver refletidas no filho as marcas da própria criatividade e da capacidade de criar e educar torna-se fonte de extrema satisfação narcísica (Brazelton & Cramer, 1992).

Conforme os mesmos autores, o desejo da mulher de gerar uma criança contém em si a esperança da autoduplicação. A criança representará a continuidade da existência da mãe, sendo vista como o elo seguinte numa longa cadeia que vincula cada pai com seus próprios pais e ancestrais. No caso Elaine a perda da mãe parece ter reforçado seu desejo de dar continuidade à família. É uma gratificação narcísica poder transmitir a herança

genética para os descendentes, possibilitando a concretização do desejo de imortalidade do ego.

A atitude compulsiva de atribuir todas as perfeições, de prover todas as necessidades e desejar que a natureza viole as suas leis reflete o narcisismo (Freud, 1914). Isso se evidencia no caso Clara. A maternidade é vista como algo mágico, extraordinário, que vai modificar o comportamento da mulher, exigir sua dedicação total e coroar sua vida. Complementando as idéias de Freud, Brazelton e Cramer (1992) postulam que a criança desejada enaltece o ego ideal dos pais, representando a perfeição, encarregando-se de continuar a árdua busca da onipotência e de realização de todos os seus ideais.

O desejo de reviver antigos laços pode ser vivenciado através do relacionamento com o filho, depositário de atributos pertencentes a indivíduos importantes no passado. Os casos Elaine e Juliana ilustram essa idéia, na medida em que ambas vivenciaram a perda de figuras significativas em suas vidas. A vinda do bebê talvez possa ser uma oportunidade de resgatar e reviver relacionamentos. Na fantasia dos pais a criança poderá reverter as antigas separações, negar a passagem do tempo e eliminar a dor decorrente da morte e do desaparecimento de pessoas queridas.

Embora tenha sido tomado como patologia, o narcisismo pode e segue sendo entendido como uma etapa constitutiva do ser humano, base da auto-estima e, portanto, fundamental no sentido da possibilidade de tornar realidade o desejo de ser mãe (Freud, 1914).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo tem como objetivo realizar algumas considerações finais, retomando sinteticamente os principais resultados, trazendo algumas conclusões, apresentando as limitações centrais do estudo e apontando sugestões para futuras pesquisas.

A maternidade e a paternidade geralmente são uns dos mais importantes projetos de vida para o indivíduo e para o casal, e um dos alicerces a partir do qual o casal constrói seu relacionamento. Devido a sua importância, a infertilidade pode ser uma situação potencialmente traumática na vida, estimulando e/ou reativando conflitos estruturais do psiquismo, promovendo um forte abalo na estrutura psíquica dos casais. Na situação de infertilidade, as defesas podem se tornar menos efetivas, em virtude do excesso de angústia mobilizado (Ribeiro, 2004).

Através do contato com essas mulheres foi possível observar o quanto a infertilidade é uma experiência extremamente dolorosa, gerando sentimentos de incapacidade, vergonha, baixa auto-estima, ansiedade, afetando todos os aspectos da vida do sujeito. A falta da capacidade de procriar é vivenciada como um verdadeiro drama para a mulher, porque ela vive tal circunstância como uma falha no papel esperado ou que a sociedade espera que seja designado à parte feminina do casal. A vergonha sentida pela dificuldade em conceber impele-as, muitas vezes, a omitir o fato de estar realizando tratamento para engravidar. Neste estudo, constatou-se que as mulheres que estavam na primeira tentativa de gravidez acreditavam no resultado positivo com certeza, de modo que as informações dadas pelos médicos eram irrelevantes. Aquelas que já estavam há mais tempo em tratamento, se mostraram desesperançosas quanto à possibilidade de gravidez. No entanto, a confiança no método e o pensamento positivo estiveram sempre presentes e é essa crença mágica que as mantém em tratamento durante anos. Esse afã por um filho biológico, às vezes buscado por anos a fio, com sacrifícios extremos, pode exibir uma supervalorização da herança genética que está fixada no narcisismo (Freud, 1914), e supondo o desejo de se reproduzir, custe o que custar.

Em função da certeza do resultado, as mulheres que estavam realizando sua primeira tentativa de gravidez compartilharam a situação com outras pessoas, ao passo que aquelas há mais tempo em tratamento preferiram manter segredo. A decisão pelo segredo se deve ao fato de que a informação sobre a incapacidade de conceber é considerada muito privada e embaraçosa, em parte porque a infertilidade envolve o comportamento sexual, assunto que nem todas se sentem confortáveis para discutir com familiares e amigos. Somado a isso, as expectativas e pressões dos familiares para que o casal tenha um

descendente são tão recorrentes que as mulheres sentem-se incomodadas por qualquer forma de questionamento a respeito de filhos.

A ausência do marido no tratamento parece ser uma reclamação constante da maioria das participantes. Embora compreendam e justifiquem a ausência em função do trabalho, na realidade gostariam que eles pudessem estar mais presentes. Atualmente, existe uma concepção de envolvimento paterno, no qual o pai mostra-se interessado nas questões relacionadas à gestação e cuidado de filhos. No entanto, os dados revelaram que não há uma participação dos cônjuges no que se refere à concepção de um filho, evidenciando pouca disponibilidade emocional para esta experiência. É possível que esta apareça diante da possibilidade de um bebê real.

A sensação de solidão diante do tratamento acompanha a maioria das participantes. Apesar de se sentirem apoiadas pelo marido, não há uma participação efetiva destes durante o processo. Parece evidente que a presença do cônjuge proporcionaria maior confiança para as mulheres se manterem em tratamento, fortalecendo o senso de responsabilidade do casal. Entretanto, os resultados revelaram que o relacionamento conjugal tornou-se mais fortalecido após o diagnóstico de infertilidade, devido a uma maior aproximação do casal para enfrentar a situação.

O resultado negativo obtido a cada tratamento é o momento mais difícil para as pacientes, pois se deparam com o fato de que o corpo é um obstáculo para a consecução do filho. A cada nova tentativa, as mulheres depositam todas as expectativas no médico, aquele de quem se espera saber sobre o mistério do corpo e da vida, acreditando que este lhes dará o filho esperado. No entanto, a infertilidade envolve fatores imunológicos, psicológicos, sociais e biológicos, também responsáveis pelo sucesso do tratamento.

O limite de até quando tentar conceber um filho biológico também foi abordado pelas participantes. A idade da mulher foi uma importante referência, já que a maioria das pacientes acredita estar em idade avançada para engravidar. O fato de o tratamento ser concedido até os 38 anos de idade é outro agravante que gera preocupação. Para essas mulheres, considerar um limite para as tentativas de concepção é considerar a possibilidade de que, talvez, não se terá filhos biológicos.

A adoção foi citada como uma das alternativas para a infertilidade, mas somente viria após o que a paciente considerasse um limite para continuar tentando um filho biológico, ou seja, é preciso elaborar a impossibilidade do filho biológico, para que o filho adotivo encontre um lugar de pertencimento e não de estranheza.

A vida dessas mulheres fica quase que totalmente dedicada às sucessivas tentativas de engravidar. Tudo fica direcionado para esse projeto, de modo que as outras conquistas

tornam-se desinteressantes. A situação de infertilidade promove um tipo de concentração de todos os investimentos pessoais, ficando a vida da paciente mobilizada, na espera de um desenlace. Sentimentos de inferioridade diante dos outros, baixa auto-estima e vergonha são freqüentes, já que o projeto de ter um filho é carregado de investimentos narcísicos. O fato de o casal não conseguir ter filhos sem intervenções médicas, como seus pais, reabre e intensifica a ferida narcísica associada ao desejo de ter um filho. Conceber e ter um filho pode ser uma nova oportunidade de elaborar conflitos experimentados na infância.

A perda da capacidade reprodutiva promove um abalo considerável na estrutura psíquica do sujeito, justamente por ser um importante referencial de masculinidade e feminilidade. Para a mulher, tornar-se mãe pode ser mais um elo na construção da identidade feminina. A confiança na capacidade futura de conceber, como fizera a sua mãe, as fantasias e os desejos de gravidez presentes ao longo do desenvolvimento, são elementos decisivos para a construção do sentido de feminilidade, identidade sexual e auto-estima (Pines, 1989). Assim, a experiência da infertilidade pode ser um trauma, pois além da perda da fertilidade, a mulher vive a perda da experiência da gravidez, a perda de filhos, a perda da continuidade genética e a perda da função materna de cuidar do filho.

Algumas mulheres não estão preparadas para tornarem-se mães e quando se encontram perante a possibilidade de realizar seus desejos conscientes de maternidade, se desorganizam. A possibilidade de gerar uma criança freqüentemente traz à tona processos extremamente complexos que supõem, entre outras coisas, a capacidade de o sujeito inserir-se em uma descendência como figura materna ou paterna. E isso, em certos casos, não é assim tão simples, não depende apenas de querer, ou de uma decisão consciente, muito menos ainda do planejamento de uma criança em determinado momento da vida. Na verdade, sexualidade e procriação dependem, em larga medida, de processos inconscientes que tecem a trajetória dos sujeitos, particularmente no que diz respeito à sua história familiar.

Os motivos narcisistas que levam as mulheres a desejarem um filho são construídos através de vivências experimentadas na infância com figuras significativas e com os modelos de identificação apreendidos ao longo da vida. Essa busca pelo filho custe o que custar vem com o intuito de satisfazer desejos narcísicos dos pais. Tal desejo pode estar permeado de conflitos ligados à sexualidade, relação com a mãe na infância e conflito edípico. O filho vem a ser uma oportunidade de reparação destes conflitos.

A falta de um filho e sua demanda remete a um desejo inconsciente que só poderá revelar-se através da palavra (ou melhor, das suas falhas) do próprio sujeito. Nesse sentido, não se sabe ao certo o que significa para uma mulher a possibilidade ou impossibilidade de

ter um filho. A atitude médica, nessa situação, é a de responder à demanda com as novas tecnologias reprodutivas, realizando uma leitura da falta de filhos como um sintoma que aponta uma doença. Busca-se o lugar do transtorno, ou seja, o espaço local da doença, pois no contexto médico, toda queixa, toda demanda refere-se a uma doença. Para a medicina, a dimensão subjetiva do sofrimento, do desejo e do prazer é ignorada em favor da dimensão objetiva médica. Quando a mulher diz que quer ter uma criança, este pedido não se alude à criança real. Na verdade, existe um desconhecido desejo particular por trás deste discurso. Responder à demanda, tentando oferecer a criança, sem maiores questionamentos, supõe situar a mulher num discurso constituído e imposto, eliminando-a do mesmo como sujeito do desejo (Tubert, 1996).

Nos últimos anos, houve um grande progresso na área de reprodução humana, decorrente das novas técnicas de reprodução assistida. Vários casos de infertilidade, antes insolúveis, podem agora ser tratados com sucesso. A aplicação das Novas Tecnologias Reprodutivas supõe uma tentativa de satisfazer a demanda da mulher que manifesta querer ter um filho e não pode. Porém, muitas vezes a demanda não coincide com o desejo. A fertilidade se situa na maneira pela qual o corpo é estimulado pela linguagem do desejo inconsciente. Algumas mulheres exprimem, através de sua infecundidade, algo de sua impossibilidade profunda de assumir a responsabilidade de ser mãe, e talvez isso mereça ser respeitado. A medicina da procriação responde, reduzindo o fenômeno a uma manipulação de substâncias, e inscrevendo nesse lugar o casal e seu projeto parental, ela elimina de seu discurso a dimensão do desejo.

Os resultados do presente estudo mostraram que as mulheres desejam ter filhos por muitos motivos diferentes, de ordem consciente e inconsciente. A maioria das participantes possui um modelo de maternidade que consideram positivo e negativo, apontando suas referências em ambos os casos. Todas conseguiram se imaginar futuramente no papel de mães, como mães boas, dedicadas e superprotetoras. Através desse achado, pode-se inferir que as participantes possuem uma idéia um pouco idealizada da maternidade. Esse argumento é reforçado pelo fato de que a maioria das participantes não expôs aspectos negativos inerentes ao desempenho deste papel. Christie (1998) destaca que existe nas mulheres inférteis uma ausência de ambivalência e/ou inexistência de sentimentos negativos sobre a gravidez e a maternidade. A maioria das participantes não conseguiu imaginar a sua relação com o bebê, talvez pelo fato de isto se tratar de algo ainda muito distante. Parece que a maternidade fica idealizada como algo mágico e inalcançável, constituída somente de momentos agradáveis, por se tratar de um desejo que pretendem realizar. Desse modo, torna-se improvável conseguirem fantasiar aspectos negativos sobre

aquilo que tanto almejam. É possível que essas mulheres mantenham um vínculo muito forte com a figura materna, dificultando-as a tomar a sua posição. Talvez ainda se sintam infantilizadas diante de suas mães e culpadas pela possibilidade de assumir o seu lugar.

Ao final deste estudo, cabe destacar algumas de suas limitações, as quais podem contribuir para a elaboração de outros estudos sobre essa temática. Observou-se que a realização da coleta de dados em apenas um encontro não consiste na melhor maneira de avaliar o contexto da infertilidade. Apesar do bom vínculo estabelecido entre a pesquisadora e as participantes, considera-se muito difícil o desenvolvimento de uma relação de confiança entre duas pessoas desconhecidas em pouco tempo de contato. Examinar os sentimentos e expectativas é algo complicado, pois o ser humano se utiliza de muitas defesas no discurso falado, ainda mais quando se trata de um tema extremamente complexo. Um maior número de encontros entre as mulheres e o pesquisador propiciaria o estabelecimento de um vínculo mais estreito, contribuindo para que elas pudessem falar de sua situação de maneira mais espontânea. Este contato mais íntimo também permitiria ao pesquisador ter acesso a representações e sentimentos mais profundos, bem como fazer inferências mais sistemáticas, viabilizando uma melhor compreensão dos casos.

Outro ponto importante é que talvez um maior número de participantes neste estudo pudesse trazer resultados mais abrangentes e consistentes, esclarecendo outros aspectos relevantes para o entendimento das expectativas em relação à maternidade.

Por se tratar de um assunto ainda pouco difundido no Brasil, sugere-se a realização de mais pesquisas na área que abordem o relacionamento entre pais e filhos nascidos através de reprodução assistida, pois a literatura evidencia que casais com uma história de problemas de infertilidade tendem a ter mais problemas conjugais, individuais e de paternidade com os filhos. Nesse sentido, seria interessante investigar os estilos parentais, as práticas educativas maternas, a interação mãe-bebê, a relação conjugal, entre outros.

Dada a complexidade da experiência da infertilidade, parece imprescindível que se ampliem os espaços de atendimento para essa população. Neste estudo, percebeu-se um intenso sofrimento por parte das pacientes para lidar com a situação, pois se sentem extremamente sozinhas, ansiosas e perdidas durante o percurso do tratamento, sem uma referência para esclarecer suas dúvidas e angústias.

Sem dúvida, não se pode pensar na infertilidade somente pelo vértice biológico e desconsiderar sua configuração psicosssexual. O tratamento da infertilidade requer a atuação de um profissional da saúde mental para avaliar todos os aspectos psicológicos que possam contribuir ou atrapalhar o caminho do casal. As pesquisas vêm demonstrando que um número significativo de homens e mulheres desejaria mais apoio e informação durante

os tratamentos prolongados de infertilidade. Os programas de atendimento precisam incluir uma cuidadosa preparação psicológica, com detalhada discussão sobre os aspectos médicos, pessoais e psicossociais (Daniluk, 1988; Schaffer & Diamond, 1994). Quando a concepção de um filho não é possível, há um rompimento na cadeia de gerações, ruptura acompanhada de um intenso sofrimento, vivido pela impossibilidade de realizar o mais comum dos desejos: ter um filho.

## REFERÊNCIAS

- Apfel, R. & Keylor, R. G. (2002). Psychoanalysis and infertility: Myths and realities. *International Journal of Psycho-Analysis*, 3 (1), 85-104.
- Ávila, V. B. (2001). *Depressão, responsividade emocional e relações objetais com a figura materna em mulheres inférteis*. Dissertação de Mestrado não publicada, Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Badalotti, M. & Petracco, A. (1997). Idade e fertilidade. Em M. Badalotti, C. Teloken & A. Petracco. *Fertilidade e infertilidade humana*. (pp.101-112). Rio de Janeiro: Médica e Científica.
- Badinter, E. (1988). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. (W. Dutra, Trad.). São Paulo: Círculo do Livro.
- Bardín, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. (L.A. Reto & A. Pinheiro, Trads.). São Paulo: Edições 70/ Livraria Martins Fontes. (Original Publicado em 1977).
- Bastos, L. A. de M. (1995). Maternidade: Reprodução ou procriação. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 29 (4), 913-32.
- Benedek, T. (1952). Infertility as a psychosomatic defense. *Infertility and Sterility*, 3, 527-541.
- Bettelheim, B. (1988). *Uma vida para seu filho*. Rio de Janeiro: Editora Campus
- Bleichmar, E. D. (1998). *O Feminismo Espontâneo da Histeria*. (F. Vidal, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Blickstein, I. (2003). Motherhood at or beyond the edge of reproductive age. *Int J Fertil*, 48 (1), 17-24.
- Blum, H. (1982). *Psicologia feminina: Uma visão psicanalítica contemporânea*. (H. M. Souza, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas
- Braverman, A. M., Boxer, A., Corson, S. L., Coutifaris, C. & Hendrix, A. (1998). Characteristics and attitudes of parents of children born through the assisted reproductive technologies. *Fertility and Sterility*, 70, 860-865.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. (M. B. Cipolla, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Burns, L. H. (1987). Infertility as boundary ambiguity: one theoretical perspective. *Family Process*, 26, 359-372.
- Burns, L. H., & Covington, S. N. (1999). Psychology of infertility. Em L. Burns & S. Covington (Eds.). *Infertility Counseling* (p. 3-25). New York: Parthenon Publishing.

- Bydlowsky, M. (1997). *La Dette de Vie Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: PUF.
- Callen, V. J. (1987). The personal and marital adjustment of mothers and voluntarily and involuntarily childless wives. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 847-856.
- Chatel, M. M. (1995). *Mal-estar na procriação: As mulheres e a medicina da reprodução*. (D. D. Estrada, Trad.). Rio de Janeiro: Campo Matêmico.
- Christie, G. L. (1998). Some socio-cultural and psychological aspects of infertility. *Human Reproduction*, 13, 232-241.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). Resolução CFP nº 016/2000.
- Copin, H. Munter, A., Nys, K. & Vandemeulebroecke-L. (1999). Parenting stress and psychological well-being among parents with twins conceived naturally or by reproductive technology. *Human Reproduction Oxford*, 14 (12), 3133-3137.
- Costa, R. G. (2001). Sonho do passado versus plano para o futuro: Gênero e representação acerca da esterilidade e do desejo por filhos. *Cadernos Pagu*, 17, 105-130.
- Cramer, B. (1997). The transmission of womanhood from mother to daughter. Em J. Intercovaia & B. Mark (Eds.). *The handbook of infant, child and adolescent psychotherapy*, 2 (pp. 373-391). Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Daniluk, J. C. (1988). Infertility: Intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, 49 (6), 982-990.
- Deutsch, H. (1977). *La psicologia de la mujer*. Buenos Aires: Editorial Losadas.
- Dolto, F. (1984). *Sexualidade Feminina*. (R. C. Lacerda, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Downey, J. & McKinney, M. (1992). The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *American Journal of Orthopsychiatric*, 62 (2), 196-205.
- Dunkel-Schetter, C., & Stanton, A. L. (1991). Psychological adjustment to infertility. Future directions in research and application. Em A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping Research* (pp. 197-222). New York: Plenum Press.
- Freud, S. (1914/1994). Sobre o narcisismo: Uma introdução. (J. Salomão, Trad.). Em J. Strachey (org.) *Obras Psicológicas Completas*, Vol XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1932/1994). A Feminilidade. (J. Salomão, Trad.). Em J. Strachey (org.) *Obras Psicológicas Completas*, Vol XXII. Rio de Janeiro: Imago.
- Golombok, S., Cook, R., Bish, A. & Murray, C. (1995). Families created by the new reproductive technologies: Quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child Development*, 66, 285-298.

- GIDEP. (1998). *Entrevista sobre a gestação e as expectativas e sentimentos das Gestantes*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Gray, R. H. (1979). Social influences in fertility at later ages of reproduction. *Journal Biosocial Science*, 6, 97-115.
- Guazzelli, M. P. & Vaz, C. E. (2000). Infertilidade e Atendimentos Psicológicos: Intervenções possíveis. *Psico*, 31, 151-169.
- Humphrey, M. (1975). The effect of children on the marriage relationship. *British Journal of Medical Psychological*, 48, 273-279.
- Johnston, P. I. (1992). *Adopting after Infertility*. Indianapolis: Perspectives Press.
- Klaus, M. H., Kennel, J. & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para o apego seguro e para a independência*. (M. R. Hofmeister, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kikendall, K. A. I. (1993). Self-Discrepancy as an important factor in addressing women's emotional reactions to infertility. *Research and Practise*, 25 (3), 214-220.
- Kipper, D. A. & Zadik, H. (1996). Functional infertility and femininity: A comparison of infertile women and their mothers. *Journal of Clinical Psychological*, 52 (4), 375-382.
- Klempner, L. (1992). Infertility: Identification and disruptions with the maternal object. *Clinical Social Work*, 20, 193-198.
- Klock, S. C. & Greenfeld, D. A. (2000). Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: A longitudinal study. *Fertility and Sterility*, 73 (6), 1159-1164.
- Kraft, A. D., Palombo, J., Mitchell, D. (1980). The psychological dimensions of infertility. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, (4), 618-628.
- Krahl, S. & Piccinini, C. A. (2002). *Entrevista sobre o desejo de ter filhos e o impedimento da gestação*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Kusnetzoff, J. C. (1997). Aspectos emocionais do casal infértil. Em M. Badalotti, A. Petracco & C. Teloken. *Fertilidade e infertilidade humana*. (pp.19-29). Rio de Janeiro: Médica e Científica.
- Laborie, F. (1993). Novas tecnologias da Reprodução: Risco ou liberdade para as mulheres? *Estudos Feministas*, 1, (2), 435-447.
- Langer, M. (1981). *Maternidade e Sexo: Estudo psicanalítico e psicossomático*. (N. M. Folberg, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. (H. Monteiro & F. Settineri, Trads.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. (F. Vidal, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leis, L. & Modelli, A. (2004). Expectativas do casal frente ao desejo de ter uma criança em programa de fertilização “in vitro”. Diferenças entre as expectativas dos homens e das mulheres. *Psicologia Hospitalar*, 1, (1), 76-87.
- Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*, 43, (3), 335-346.
- Maldonado, M. T. (1989). *Maternidade e Paternidade*. Petrópolis: Vozes, 2.
- Maldonado, M. T. (1992). Psicossomática e Obstetrícia. Em J. Mello Jr. (Org). *Psicossomática Hoje* (p 208-214). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maldonado, M. T., Diskstein, J. & Nahoum, J. C. (1996). *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Saraiva.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da Gravidez: Parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Mathews, R. & Mathews, A. M. (1986). Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. *Journal of Marriage and Family*, 48, 641-649.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J. & Doherty, W. J. (1994). *Terapia Familiar Médica: Um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde*. (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34, 313-319.
- Meyers, M., Diamond, R., Kesur, D., Scharf, C., Weinschel, M. & Rait, D. (1995). An Infertility primer for family therapist: Medical, social and psychological dimensions. *Family Process*, 34 (2), 219-29.
- Mouguissi, K. S. (1997). Infertilidade sem causa aparente. Em M. Badalotti, C. Teloken & A. Petracco. *Fertilidade e Infertilidade Humana*. (pp. 131-152). Rio de Janeiro: Médica e Científica.
- Passos, E., Freitas, F., Facin, A. & Cunha, J. (1997). Infertilidade e técnicas de reprodução assistida. Em F. Freitas, C. Menke, W. Rivoire & E. Passos. *Rotinas em ginecologia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Passos, E. P., Freitas, F., Cunha, J.S. & cols. (2003). *Rotinas em infertilidade e contraceção*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Petracco, A. & Badalotti, M. (1993). Gestaçao no climatério: Perspectivas e riscos. Em A. B. Almeida. *Climatério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.

- Pines, D. (1989). Aspectos emocionales de la infertilidad y sus remedios. *Libro Anual de psicoanálisis, V*, 223-230.
- Piva, M. (2002). *Em nome do filho*. Passo Fundo: Ed UPF
- Ribeiro, M. F. R. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: Desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Roach, S. A. (1992). Surrogacy: For love but not for money? *Gender e Society, 6*, 30-48.
- Serafini, P., White, J., Petracco, A. & Motta, E. (1998). *O bê a bá da infertilidade*. São Paulo: Organon.
- Schaffer, J. & Diamond, R. (2002). Infertilidade: Dor pessoal e estigma secreto. Em E. Imber-Black, G. Kaufman & cols. *Os Segredos na Família e na Terapia Familiar*. (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Shapiro, C. H. (1982). The impact of infertility on the marital relationship. *Social Casework 63*, 387-393.
- Soucasaux, N. (1990). *Novas perspectivas em ginecologia*. Rio de Janeiro. Imago.
- Speroff, L., Glass, R. H. & Kase, N. G. (1986). *Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade*. São Paulo: Manole.
- Stake, R. E. (1994). Case Studies. Em N. Denzin & Y. Lincoln (Orgs.), *Handbook of Qualitative Research*. Londres: Sage.
- Stryckman, N. (2000). O desejo de filho no homem e na mulher. *Associação Psicanalítica de Curitiba em Revista, 4*, (4), 91-108.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove Meses na Vida da Mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. (M. N. B. Benetti, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Testart, J. (1993). *A procriação pela medicina*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Tubert, S. (1996). *Mulheres sem Sombra: Maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. (G. Rodriguez, Trad. ). Rio de Janeiro. Record: Rosa dos Tempos.

ANEXOS

ANEXO A



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**

**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

**RESOLUÇÃO**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 04-140

**Versão do Projeto:** 15/06/2004

**Versão do TCLE:** 15/06/2004

**Pesquisadores:**

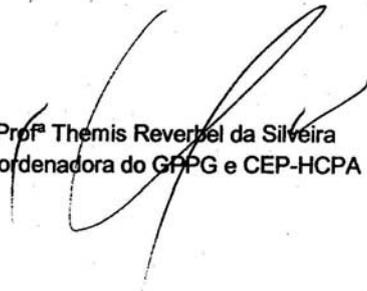
RITA DE CASSIA SOBREIRA LOPES

PAULA MUNIMIS

**Título:** EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À MATERNIDADE EM SITUAÇÃO DE REPRODUÇÃO  
MEDICAMENTE ASSISTIDA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 15 de junho de 2004

  
Prof. Themis Reverte da Silveira  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

## ANEXO B

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos realizando um estudo com a finalidade de investigar as expectativas em relação à maternidade em situação de reprodução medicamente assistida. Será realizada uma entrevista abordando questões relacionadas ao tema como: o desejo de ter filhos, diagnóstico recebido, técnicas de fertilização adotadas bem como as expectativas em relação à maternidade. Esta entrevista será gravada em fita cassete e mantida em sigilo, no Instituto de Psicologia da UFRGS, para fins exclusivos de pesquisa e destruída cinco anos datados após o término do estudo.

Através deste trabalho, esperamos contribuir para um melhor entendimento e compreensão das expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida, servindo de colaboração aos médicos, obstetras e especialistas em reprodução assistida.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa, e que concordo em participar do mesmo. Tenho conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do mesmo. Entendo que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

A pesquisadora responsável por este Projeto de Pesquisa é a professora Rita de Cássia Sobreira Lopes, juntamente com a mestrandia Paula Munimis, que poderá ser contatada pelo telefone 33165145 ou 81335483.

Data:

Nome e assinatura da participante:

## ANEXO C

**Entrevista de dados sócio-demográficos:**

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Escolaridade:

Naturalidade:

Religião:

Estado civil: ( ) Casada ( ) Com companheiro

Profissão:

Trabalha fora: ( ) sim ( ) não O que faz?

Horas/Semana:

Salário: Outras rendas? Quanto?

Nome do marido:

Data de nascimento:

Escolaridade:

Religião:

Profissão:

Trabalha fora: ( ) sim ( ) não O que faz?

Horas/Semana:

Salário: Outras rendas? Quanto?

Endereço para contato:

## ANEXO D

**Entrevista sobre as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida:**

1. Gostaria que tu me falasse um pouco sobre o projeto de ter um filho.

- Há quanto tempo és casada?
- Desde quando vens pensando em ter filhos?
- A decisão de ter filhos foi tua, do teu marido ou de ambos?
- Houve outras tentativas de gravidez? Em caso afirmativo, quando e como foi a outra experiência?
- Tu já estiveste grávida alguma vez? Como foi?
- Quantas tentativas? Naturalmente ou através de algum procedimento?
- O que representa ter um filho neste momento da tua vida?
- Tens preferência pelo sexo do bebê? Qual?

2. Gostaria que tu me falasse sobre este momento de espera pelos procedimentos, desde o momento em que resolveste realizar o procedimento até agora.

(caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Que tipo de tratamento estás fazendo para engravidar? Que exames tu fizeste?
- Por que a escolha deste método?
- Tu sabes a causa de não conseguires engravidar?
- O que o médico te falou sobre as possibilidades de gravidez?
- De quem partiu a idéia de realizar a reprodução medicamente assistida?
- Como tu estás te sentindo desde que foi tomada essa decisão?
- Quais as tuas preocupações neste momento com relação aos procedimentos?
- Tu observaste mudanças na tua vida desde que tomaste a decisão pela reprodução medicamente assistida?
- Como estás te sentindo tendo que realizar estes procedimentos médicos?
- Como estás te sentindo neste momento em termos físicos e emocionais?
- Já pensastes em outra alternativa, caso não consigas engravidar?

3. Poderias me contar como tem sido para o teu marido a espera pelo resultado da fertilização?

(caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como o teu marido está se sentindo em relação à decisão pela reprodução medicamente assistida?

- Tu achas que esta decisão mudou alguma coisa nele?
- E no relacionamento de vocês?
- Quais são as preocupações dele em relação a esse processo?
- Que tipo de apoio tu tens esperado dele nesse período?
- Que tipo de apoio ele tem oferecido?

4. Tem alguma pessoa com quem estás podendo contar nesse momento?

(caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Vocês compartilharam com mais alguém o fato de estarem realizando a reprodução assistida
- Quem são as pessoas que mais te apoiam neste momento?
- Como a família reagiu à decisão de vocês?

5. Poderias me contar sobre as tuas expectativas em relação à maternidade?

- Qual o significado de ser mãe pra ti?
- Como te imaginas como mãe?
- Quando te imaginas como mãe, tu pensas em alguém como modelo?
- Quem seria? Como ela é/era como mãe?
- Tem alguém que tu não gostarias de ter como modelo de mãe?
- E a tua mãe, como ela era contigo quando tu eras pequena?
- E como ela é contigo hoje?

6. O quanto tu achas que a vinda de um bebê irá mudar a tua vida e a do teu marido?

(caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Em que aspectos tu pensas que ocorrerão mudanças?
- Como achas que vais te sentir com essas mudanças?
- E quanto ao relacionamento de vocês dois? O quanto será afetado com a vinda de um bebê?
- Em que aspectos?

7. Gostarias de fazer algum comentário sobre estes pontos que a gente conversou?